

DES
KYSTES DE L'OVAIRE
A GRAND DÉVELOPPEMENT
ADHÉRENTS AU PÉRITOINE PARIÉTAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Février 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Léon COUTURIER

Ancien externe

Ancien interne suppléant des Hôpitaux de Lyon

Né le 11 Avril 1867, à Vienne (Isère)



LYON

IMPRIMERIE DE A.-H. STORCK

78, Rue de l'Hôtel-de-Ville, 78

Janvier 1895

DES
KYSTES DE L'OVAIRE
A GRAND DÉVELOPPEMENT
ADHÉRENTS AU PÉRITOINE PARIÉTAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Février 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Léon COUTURIER

Ancien externe

Ancien interne suppléant des Hôpitaux de Lyon

Né le 11 Avril 1867, à Vienne (Isère)



LYON

IMPRIMERIE DE A.-H. STORCK

78, Rue de l'Hôtel-de-Ville, 78

1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN
GAYET.	ASSESSEUR

Professeurs honoraires

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

Professeurs

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
	BONDET
Cliniques chirurgicales	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophthalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ,
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	X...
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	X...
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

Professeur adjoint

Clinique des Maladies des Femmes	LAROYENNE
--	-----------

Chargés de cours complémentaires

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL, agrégé.
Accouchements	POLLOSSON (Aug.), —
Botanique	BEAUVISAGE. —

Agrégés

MM. AUGAGNEUR	MM. DIDELOT	MM. ROCHET	MM. WEILL
BEAUVISAGE	GANGOLPHE	RODET	BARRAL, chargé des
CONDAMIN	JABOULAY	ROLLET (Et.)	fonctions d'agrégé
COURMONT	LANNOIS	ROQUE	MOREAU id.
DEROIDE	PERRET	ROUX	
DEVIC	POLLOSSON (A.).	VIALLETON	

M. ETIEVANT, Secrétaire,

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON, Président; M. V. AUGAGNEUR, Assesseur; MM. JABOULAY et DEVIC, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises, dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Monsieur Lucien COUTURIER

ET DE MON ONCLE

le Docteur Henri COUTURIER,

Sénateur de l'Isère

A MA MÈRE

A MA GRAND MÈRE

A MES SŒURS ET BEAUX-FRÈRES

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545906_0055

INTRODUCTION

Les kystes de l'ovaire atteignent parfois un développement extrêmement considérable qui, au premier abord, semble devoir éloigner toute idée d'intervention chirurgicale.

L'opération étant cependant la seule chance de salut de la malade, on l'entreprend.

On est alors surpris de voir combien le résultat est meilleur que l'on ne s'y attendait, — les difficultés purement opératoires étant laissées de côté, — et combien le plus souvent, l'état général de la malade s'améliore rapidement.

La guérison s'affirme complète et durable ; non seulement ces kystes énormes ne sont pas de nature maligne et ne récidivent pas, mais en outre, les suites immédiates de l'opération sont simples, exemptes de complications inflammatoires inquiétantes. Il semble que le péritoine endurci et comme entraîné soit plus réfractaire à l'inflammation, moins susceptible d'absorber les produits septiques qui peuvent se trouver à son contact.

C'est sur ce dernier point — l'autre étant bien connu — que nous voulons surtout attirer l'attention par ce

mémoire, afin qu'un chirurgien hésitant à entreprendre une opération effrayante, se laisse moins arrêter par des craintes plus spécieuses que réelles.

D'une symptomatologie un peu particulière, ces kystes sont souvent d'un diagnostic difficile.

Le kyste adhère à la paroi abdominale tendue à l'excès, il donne une sensation de flot nette et superficielle; on pense tout d'abord à de l'ascite ou à une péritonite tuberculeuse.

Nous insisterons longuement sur ce diagnostic différentiel du kyste à sa période d'état, en indiquant spécialement les moyens qui peuvent permettre d'affirmer l'existence d'adhérences antérieures étendues, d'une symphyse kysto-pariétale. Ce dernier point est d'autant plus important, qu'il peut aider à différencier le kyste développé dans la grande cavité péritonéale, d'avec le kyste sous ou mieux rétro-péritonéal. Celui-ci, infiniment plus grave puisqu'il ne peut ordinairement pas être énucléé à cause de ses adhérences viscérales, peut également acquérir de très grandes dimensions, mais il n'adhère pas à la paroi antérieure. Son étude constituera un dernier et court chapitre de notre thèse, qui sera ainsi divisée :

CHAPITRE PREMIER. — Historique, classification.

CHAPITRE II. — Anatomie pathologique du kyste et des adhérences.

CHAPITRE III. — Etiologie générale du kyste; étiologie particulière des adhérences.

CHAPITRE IV. — Symptômes, marche et pronostic du kyste abandonné à lui-même.

CHAPITRE V. — Diagnostic différentiel.

CHAPITRE VI. — Traitement et son pronostic.

CHAPITRE VII. — Kystes rétro-péritonéaux.

Suivront les pièces justificatives et la bibliographie.

M. le professeur agrégé Jaboulay, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu, a été l'inspirateur et le guide de ce travail ; qu'il veuille bien accepter ici tous nos remerciements et l'expression sincère de notre reconnaissance pour sa constante cordialité à notre égard.

M. le professeur M. Pollosson, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Qu'il nous permette de lui exprimer le vif sentiment que nous avons de l'honneur qu'il nous a fait, et de lui adresser l'assurance de notre plus respectueuse gratitude.

A présent que nous voici arrivé au terme de notre scolarité médicale, nous ne pouvons empêcher notre pensée de revenir en arrière et de refaire avec émotion le chemin parcouru, en songeant à tous ceux, maîtres et amis, qui nous ont aidé à le suivre.

Ceux-là ont dirigé nos pas, et nous devons en première ligne nommer avec tristesse M. Daniel Mollière, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, notre premier maître, qui avait bien voulu nous montrer une estime particulière. Nous nous souviendrons toujours de la paternelle bonté qu'il montrait dans son service, de son enseignement clinique si fécond, où, d'un mot primesautier, il gravait à jamais le trait saillant dans l'esprit de ses élèves. Que son

frère, M. Humbert Mollière, toujours si rempli d'amabilité pour nous, nous laisse lui affirmer ici, une fois de plus, combien ces souvenirs ineffaçables sont chers à notre mémoire.

M. le professeur Antonin Poncet nous a constamment honoré de plus que la bienveillance d'un maître pour son élève, nous sommes fiers d'avoir été son externe et son interne suppléant, et nous le prions de croire à notre très respectueuse gratitude.

Nous sommes heureux d'exprimer à tous nos maîtres dans les hôpitaux, en particulier à M. le professeur Fochier, à M. le professeur Augagneur, à MM. Gangolphe, Levrat, Chappet, tous nos remerciements pour les excellents enseignements qu'ils nous ont donnés.

MM. Mouisset et Devic ont bien voulu nous donner des marques si nombreuses de leur sympathie que c'est pour nous un devoir agréable que de les assurer de notre vive affection.

Mais celui à qui nous devons le plus, c'est notre cher maître et parent, M. le professeur agrégé Léon Bouveret. Nous n'oublierons jamais les affectueux conseils, les réconfortantes paroles qu'il nous a si souvent apportés au cours de la longue maladie qui a troublé nos études et nous a contraint d'en changer le but primordial. — Partagé entre l'affection et l'admiration pour un maître si éminent, nous l'avons écouté assidûment. Il restera toujours notre guide et notre modèle dans l'exercice de la médecine ; heureux si, — n'ayant pas autant de savoir, — nous pouvons au moins mettre en pratique les saines méthodes d'examen et de traitement que nous avons eues si longtemps sous les yeux. C'est avec joie que nous

saisissons l'occasion d'offrir à notre cher cousin, Léon Bouveret, l'expression publique de notre profonde affection et de notre entier dévouement.

Nous ne pouvons moins faire en terminant ce qui a trait aux maîtres, que d'adresser nos respectueux hommages à M^{me} la Sœur Chaumard, la si remarquable cheftaine de la clinique d'accouchements de la Charité.

Nous avons, au cours de nos études, noué ou resserré les liens d'excellentes amitiés qui rempliront et réchaufferont notre vie. Georges Sar, notre plus vieil ami, qui depuis si longtemps participe à toutes nos joies et à toutes nos peines, doit être placé en première ligne. — De longs mois de vie commune en Algérie ou en France nous ont permis d'apprécier la haute intelligence et les grandes qualités de cœur de notre excellent ami le D^r Destot. — Notre compatriote et ami, le D^r Orcel, notre premier initiateur, dont les savantes leçons nous ont préparé à l'externat; le D^r Weydenmeyer, l'impeccable pianiste et le précieux ami, ont droit à une mention spéciale ainsi que Benjamin Briau, interne des hôpitaux, le merveilleux dessinateur. Aux docteurs Métin, Chabalier, Bonnet, de Giverdey, à nos compatriotes Bernard, Barbarin, Perroud, nous adressons un amical souvenir.

CHAPITRE PREMIER

Historique. — Classification.

L'histoire des kystes de l'ovaire a suscité de nombreux travaux. — On ne trouve cependant aucun mémoire considérant les kystes à grand développement à un point de vue spécial. Les classifications anciennes ne s'occupent nullement des dimensions des kystes, mais les divisent plutôt d'après leurs origines, leur nature, en admettant que certaines catégories, de préférence aux autres, peuvent prendre un développement exagéré. — Il ne faut donc pas chercher de publication d'ensemble faite sur cette question.

Depuis l'ovariotomie, pourtant, beaucoup d'opérateurs se sont inquiétés du volume des kystes et de leurs adhérences au point de vue de la gravité de l'intervention. — Gallez (1), en 1873, faisait de la division en kystes mobiles et en kystes adhérents la principale base de

(1) *Histoire des kystes de l'ovaire.*

l'indication de l'ovariotomie. — Mais il est difficile d'envisager séparément ces deux points de vue car, dès le début, on a remarqué que les grandes kystes étaient plus souvent adhérents que les autres.

C'est en 1685 que Théodore Schorkopff (1), à la suite d'une observation d'hydropisie de l'ovaire, n'hésite pas à dire « que l'extirpation de l'ovaire lui-même procurerait plus sûrement la guérison si elle ne paraissait aussi cruelle et accompagnée de tant de dangers.. » Schlenker, en 1722, est du même avis.

Or, dès 1731, Willius (2), de Mulhouse (Alsace), rejette l'opération, parce que, dans le principe, le volume de la tumeur ne permet pas de la reconnaître et que plus tard, quand la tumeur est volumineuse et gênante pour la malade, il y a des adhérences considérables, qu'il faudrait faire une incision fort longue, d'où des douleurs atroces, hémorrhagie, introduction de l'air dans le ventre, et altération des viscères abdominaux : « Il vaut donc mieux, dit-il en terminant, laisser mourir paisiblement la malade, que de lui donner la mort de propos délibéré ».

En 1752, le docteur Giovanni Targioni Tozzeti (3) s'occupe de la question qu'il discute d'une façon très judicieuse. En cas de tumeur très vaste avec altération de la santé, il déclare que l'on doit s'en tenir à une cure palliative.

En 1770, Van Svieten (4) fait des adhérences une contre-indication formelle à l'ovariotomie.

(1) *Dissert. Medic. inauguralis de hydrope ovarii.*

(2) *Specimen medicum sistens stupendum abdominis tumorem.*

(3) *Descrizione d'un tumore folliculato vastissimo trovato nel ovario sinistro.*

(4) *Comment. in H. Boerhaave.*

En France, Sabatier, Dupuytren, Samson et Bégin déclarent qu'au début ou bien on ne diagnostiquera pas la tumeur ou qu'on ne voudra pas l'opérer ; que plus tard la grosseur de la tumeur augmentera le danger et que ses adhérences, qui peuvent être nombreuses, rendront l'opération impossible.

L'ovariotomie des tumeurs un peu volumineuses est considérée par Gendrin (1840), Giraldès (1844), comme dangereuse et effrayante, devant être rejetée ; Vidal de Cassis (1847) la qualifie d'impossible et Velpeau (1847) se félicite que l'on ne tente pas en France de « semblables folies », que Moreau rejette dans les attributions des exécuteurs des hautes œuvres.

Cependant Stolz (1852) proteste et Cazeaux, dans une grande discussion à l'Académie, s'écrie : « N'y a-t-il rien de mieux à faire dans ces cas malheureux que d'abandonner les malades à une mort certaine. Avant de proscrire il faut examiner, et on n'a pas suffisamment examiné. » Malgré cela, Becquerel, en 1859, ne craint pas d'écrire : « Cette opération est tombée dans un juste oubli et nous ne pensons pas maintenant qu'aucun chirurgien ou médecin songe à la préconiser ». Nous verrons plus loin qu'il n'était pas au courant de ce qui se passait en Amérique et en Angleterre.

En Allemagne où Schorkopff et Schlenker avaient des premiers attiré l'attention sur l'indication de pratiquer l'ovariotomie dans les cas désespérés, les sarcasmes de Dieffenbach et surtout la statistique désolante de G. Simon (1858) jetèrent un discrédit profond sur cette opération.

On voit que jusqu'à cette époque sur le continent, l'ovariotomie considérée comme possible mais dangereuse,

pour les petits kystes, était formellement repoussée pour les tumeurs volumineuses ou adhérentes.

Cependant, en Angleterre, dès 1774, Ch. Bell, à Edimbourg, défendait avec chaleur l'ovariotomie dont il établissait les indications et décrivait la technique. Son élève Mac Dowel (Kentucky) faisait en Amérique, en 1809, la première véritable ovariotomie, l'opération célèbre de Laumonier de Rouen (1776), pas plus que celle antérieure de Rob. Honstoun (1701), ne pouvant être considérées comme des ovariotomies régulières d'après Gallez.

L'observation de Mac Dowel contient des détails si importants pour notre sujet que nous croyons devoir la citer en entier d'après Ch. Bernard (1) : « C'était au mois de décembre 1809 : négresse de 35 ans *qui avait déjà beaucoup souffert*. Deux médecins diagnostiquèrent une grossesse. — Mac Dowel, par le toucher vaginal, s'assura que le siège de la tumeur n'était pas l'utérus, mais un ovaire. — Il opère : incision de neuf pouces de longueur sur la ligne médiane; la tumeur était trop volumineuse pour sortir par la plaie : ligature autour de la trompe de Fallope. — Ponction de la tumeur qui livre issue à environ quinze litres de matière boueuse et gélatineuse. — Section de la trompe et extraction du kyste (sept livres et demie.) Les intestins s'échappèrent et demeurèrent hors de l'abdomen pendant toute l'opération. Quand elle fut terminée on pencha la malade sur le côté afin de permettre aux liquides de s'écouler librement; la plaie fut fermée par une suture entrecoupée, la ligature de la trompe fut reportée dans l'angle inférieur de la plaie. »

(1) Ch. Bernard. — *De l'Ovariectomie*, 1856.

« *Cinq jours après* la malade faisait son lit et *le vingt-cinquième jour* elle retournait chez elle à soixante milles de distance en bonne santé ». Voilà donc un chirurgien qui ne s'est laissé effrayer ni par le volume de la tumeur, ni par les adhérences, certaines par suite des nombreuses poussées douloureuses accusées par la malade, et qui obtient un succès merveilleux, malgré la durée de l'opération, l'issue de la masse intestinale, et cela, sans qu'aucun accident de péritonite vienne troubler les suites immédiates de l'opération. — En 1825, Mac Dowell, encouragé par de nombreux succès, fait sa neuvième ovariectomie, pour une tumeur qui remplissait tout l'abdomen; le rétablissement fut rapide et complet.

En Angleterre, Lizars, ayant eu connaissance des succès de Mac Dowell, se lance hardiment (1823) dans la pratique courante de l'ovariectomie. Malgré de graves insuccès il déclare que la largeur de la base de la tumeur est un danger illusoire, que les adhérences, d'ailleurs difficiles à reconnaître, ne sont pas une contre-indication. Néanmoins, pendant encore longtemps, l'ovariectomie, dans ces cas graves, est anathématisée par les chirurgiens anglais comme un véritable attentat à la vie de son semblable. Ce n'est qu'en 1842 que les brillants succès de Ch. Clay, de Manchester, font entrer cette opération dans une ère nouvelle et la font définitivement adopter de 1846 à 1852, par Simpson, Bird, Sully, Duffin, Philips, etc. Néanmoins Liston, Rob. Lee et Lawrence continuaient à la proscrire dans leurs écrits et leurs discours. Ils attachaient surtout de l'importance aux adhérences, impossibles à reconnaître d'après eux, montrant comme un

épouvantail la triste prévision de ne pouvoir à cause d'elles mener à bien l'opération commencée.

Et cependant Clay avait prouvé par ses nombreuses opérations que les adhérences n'apportaient aucun obstacle à l'achèvement de l'opération, et que leur détachement n'entraîne aucune suite grave. Bien plus, cet éminent chirurgien va jusqu'à dire, affirmation précieuse pour nous, « *qu'au contraire, c'étaient précisément les opérées qui avaient présenté les adhérences les plus considérables et les plus intimes, pour lesquelles il avait dû dépenser le plus de peine et de temps qui avaient guéri le plus rapidement, bien loin d'être emportées par la péritonite.* »

Vers la même époque, Southam de Manchester, s'occupant de la valeur curative ou palliative de la ponction des kystes, semble donner une explication des faits avancés par Clay. Il déclare que la ponction produit des adhérences, mais que cela n'a pas d'inconvénient, « *qu'elle émousse au contraire la sensibilité du péritoine et évite ainsi plus tard à l'ovariotomiste la perte de l'opérée par la péritonite, même lorsqu'il s'agit des cas les plus simples.* »

Voici donc, dès cette époque, cette question nettement posée, de la susceptibilité du péritoine. C'est pour ainsi dire, avant la lettre, la question du terrain sur lequel vont évoluer les agents pathogènes, question si pleine d'intérêt depuis les progrès de la bactériologie.

Un peu plus tard, en 1865, Butcher (1) est encore plus précis lorsqu'il dit : « *Il est hors de doute que,*

(1) *On Ovariectomy*, Dublin.

lorsque l'affection dure depuis quelque temps, de grands changements s'opèrent dans le péritoine quant à sa susceptibilité pour l'inflammation. D'un autre côté, lorsqu'une tumeur anormale a exercé son influence pendant quelque temps, le péritoine semble avoir perdu de sa sensibilité et de son activité vasculaire. En d'autres termes, on s'explique ainsi l'impunité de certaines opérations pratiquées sur cette membrane : arrachement des adhérences, leur écrasement lorsqu'elles sont trop développées en surface ou en longueur, leur ligature, leur section par des ciseaux; toutes preuves qu'à ce moment le péritoine a perdu cette sensibilité idiosyncrasique à s'enflammer, qui est si caractéristique pour toutes les membranes séreuses. »

Il semble donc qu'en Angleterre la question est tranchée, au moins pour certains opérateurs : le volume des kystes n'est pas une contre-indication à l'ovariotomie, pas plus que leurs adhérences antérieures, car tous reconnaissent la gravité des adhérences viscérales. En France le bruit des éclatants succès obtenus dans la Grande Bretagne fait renaître l'émulation des chirurgiens. Nelaton se rend à Londres, voit B. Brown opérer cinq malades avec cinq succès; il revient en déclarant qu'il y a lieu d'encourager au lieu de blâmer les chirurgiens disposés à pratiquer l'ovariotomie, quand ils la jugent indiquée. Il est bientôt soutenu par Ollier, Kœberlé, Boinet, Courty, Péan, etc.

Dans cette période les adhérences sont la principale préoccupation des chirurgiens. C'est là la question que doit avant tout juger le diagnostic; la tumeur est-elle mobile et peut elle être enlevée? Courty considère les

adhérences nombreuses, étendues, existant avec les parois abdominales ou les viscères, surtout supérieurs, comme une contre-indication à l'opération. Aussi, Kœberlé, pour les éviter, conseille-t-il d'opérer dès que la présence du kyste est reconnue. Il se contredit cependant un peu, en disant plus tard qu'il convient de retarder l'opération jusqu'à ce que la tumeur ait acquis un poids de 10 à 15 kilogr. « L'opération, dit-il, est moins difficile quand l'abdomen est distendu, la cicatrisation est relativement moins longue. »

J. Worms pourtant, constatant la difficulté du diagnostic des adhérences, remarque que l'on ne doit considérer comme contre-indiqués absolument que les cas où il est évident que les tumeurs semblent solidement unies aux organes voisins : l'absence de cette preuve est une indication pour l'opération. Une observation de Baker-Brown, où la guérison survint malgré de solides adhérences pelviennes, et la plupart des observations de Péan, suivies également de guérison, établissent bien que les adhérences ne constituent pas une contre-indication absolue. Néanmoins, pour Nelaton (1), « dans la période extrême du développement du kyste, les contre-indications sont évidentes. Alors en effet la constitution de la femme est épuisée par les souffrances; des désordres généraux et locaux se sont produits sous l'influence de l'affection ovarique. Des troubles de la respiration et de la circulation, l'ascite et l'anasarque ont été la conséquence de la compression exercée sur les poumons et les gros troncs vasculaires, des péritonites successives ont établi

(1) Leçons orales de l'hôpital des cliniques.

des adhérences parfois très étendues. Il faut bien se garder d'opérer dans de pareilles circonstances, car non seulement le mauvais état de la malade réagira de la façon la plus déplorable sur le résultat de l'opération, mais il est même possible que des adhérences multiples vous forceront à laisser inachevée une tentative trop hardiment entreprise ».

Tel était à peu près l'état de la question en 1873, à l'époque de l'excellent mémoire de Louis Gallez, dans lequel nous avons trouvé la plus grande partie des renseignements qui précèdent. Mais depuis lors, l'audace va croissant, des chirurgiens mieux armés par l'emploi plus répandu de l'anesthésie, et surtout par la découverte de la pince hémostatique et de l'antisepsie. Dans ces dernières années nous trouverons de nombreuses observations de kystes très volumineux opérés avec succès. Nous en citons un certain nombre de typiques aux pièces justificatives. Le diagnostic, soit du kyste, soit des adhérences, est chaque jour perfectionné. On arrive à se préoccuper assez peu des adhérences antérieures, avec la paroi abdominale ; on y insiste surtout au point de vue de la technique opératoire.

Il n'en est pas de même des adhérences viscérales, profondes.

« Si les adhérences de la tumeur avec les parois du ventre et l'épiploon, dit Martin (1) dès 1872, si les traces de péritonite sur la surface de la tumeur et même sur quelques anses intestinales ne modifient pas très sensiblement le pronostic de l'opération, il n'en est pas de

(1) Martin : *Berlin Klinischer Wochenschr.*

même des adhérences de la tumeur avec les parois du bassin, avec l'utérus et le rectum. Ces dernières complications sont tellement importantes qu'elles forment, lorsqu'il est possible de les reconnaître, une contre-indication à l'ovariotomie. Dans la plupart des cas, ajoute-t il, où j'échouai dans mes opérations, par suite de ces adhérences, je trouvai la tumeur située profondément derrière le vagin, remontant dans le repli de Douglas et par là très nettement perceptible par le vagin comme par le rectum. Mais les mouvements communiqués à la tumeur par les parois abdominales ne se transmettaient que confusément à la partie sentie par le rectum ou par le vagin. » D'après ce qui précède, il semble bien que l'auteur ait eu l'idée de faire une classe à part de ces kystes très adhérents aux viscères abdominaux et que l'on fait rentrer aujourd'hui dans la classe des kystes retro-péritonéaux. Mais ce n'est que dans ces dernières années qu'ils ont été nettement différenciés. Ils ne doivent être confondus en effet ni avec les kystes de l'ovaire ordinaires dont ils se séparent formellement par leur gravité et leurs symptômes de début; ni avec les kystes parovariens dont ils diffèrent par leur constitution histologique, et par ce fait capital au point de vue anatomique de l'indépendance de l'ovaire dans les kystes parovariens proprement dits. W. Goodell (1) en 1888 propose de les désigner sous le nom de kystes intraligamentaires. Il est préférable de leur conserver l'appellation de rétro-péritonéaux préconisée par M. Pozzi (2) dans son traité de gynécologie (1890, p. 725).

(1) *Amer. Journal of obstetrics.*

(2) Pozzi.

En compulsant les observations anciennes on en trouve un grand nombre qui, sans doute, ont eu pour objet des kystes de cette nature. Ils ont dû, leur diagnostic différentiel n'étant pas connu, être cause de bien des mécomptes pour les ovariétomistes. C'est à eux que s'applique surtout l'opération réglementée récemment sous le nom de marsupialisation. Mais cette pratique est en somme fort ancienne. On peut en rapprocher le procédé de Ledran, incision simple, ou avec suture du kyste aux lèvres de l'incision, (D^r Bainbrigge, 1847).

Clay, Morel Lavallée, Spencer Wells, Péan, Courty, ont établi les grandes lignes de cette opération adoptée ensuite par tous les chirurgiens. Mais ce n'est là évidemment qu'un pis aller que condamnait déjà une statistique de Charles Clay, et auquel on ne doit se résoudre que devant l'impossibilité, bien rare, de terminer autrement l'intervention.

Arrivé à la fin de ce long historique nous voyons que les kystes à grand développement ont été reconnus et remarqués depuis longtemps.

Pour la plupart le grand volume et les adhérences étaient des contre-indications formelles à l'ovariotomie. Pour quelques autres la conclusion ne doit pas être aussi arrêtée et on trouve en germe l'idée de leur bénignité relative et de l'immunisation, pour ainsi dire, du péritoine.

Aujourd'hui, on n'attache plus au volume même du kyste une aussi grande importance, et pour résumer ce qui a trait aux adhérences, nous ne pouvons mieux faire que de citer une phrase de M. Paul Segond (1) : « depuis

(1) *Traité de chirurgie*, p. 655.

l'extension de la laparotomie, les adhérences sont bien plus souvent un obstacle à l'achèvement de l'opération qu'à sa mise en œuvre, et, s'il est vrai de dire que les adhérences sont une contre-indication de l'ovariotomie complète, il importe d'ajouter qu'elles permettent l'ovariotomie incomplète et que, dans ces conditions nouvelles, elles ne sont plus, comme autrefois un obstacle à l'intervention chirurgicale et, partant, à la cure des malades. »

Enfin ajoutons que M. Terrillon (1) disait en 1888 « qu'il n'a jamais hésité à proposer l'intervention, et à la faire aussi prochaine que possible, quel que fût l'état d'affaiblissement et l'âge de la malade et quelque graves qu'il ait pu supposer les complications avant l'opération. Il se croit autorisé à suivre cette ligne de conduite parce qu'il a souvent eu à constater dans ces conditions défec- tueuses des succès inespérés. »

Au point de vue de la classification des kystes, nous avons vu que seul Gallez propose de les distinguer en mobiles et adhérents. Aucun auteur ne semble s'être préoccupé de les diviser d'après leur volume, sauf, très récemment, M. Pozzi (2).

Bien entendu nous laissons complètement de côté les kystes à médiocre développement, ainsi que, parmi les kystes à grand développement, ceux qui ayant une origine parovarienne restent inclus dans les ligaments larges et sont énucléables.

(1) *Archives de tocologie*, 1888, p. 205.

(2) *Traité de Gynécologie*.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique du kyste et des adhérences

Nous ne voulons nullement refaire ici l'anatomie pathologique générale des kystes de l'ovaire, qui est très bien faite dans tous les traités classiques. Nous voulons seulement attirer l'attention sur quelques points spéciaux aux très grands kystes et aux adhérences qu'ils peuvent contracter.

D'après Pozzi, les kystes à grand développement peuvent être glandulaires, papillaires, dermoïdes ou mixtes. Quoi qu'il en soit, ce sont des formations reconnues aujourd'hui pour épithéliales. Leur face interne, où ce caractère est plus apparent, est tapissée d'un épithélium cylindrique, bas, plus ou moins polymorphe, appelé épithélium métatypique. Mais il faut bien se garder de leur attribuer la malignité qu'on reconnaît aux autres tumeurs dites épithéliomes.

La conformation intérieure est très variable quant au nombre des poches ou à leur contenu.

Les kystes uniloculaires non parovariens sont les plus rares; encore y trouve-t-on généralement des traces de cloisonnements disparus. Ces grands kystes sont donc souvent multiloculaires avec des poches inégales comme dimensions, diverses comme contenu et comme tension de ce contenu.

Ces kystes multiloculaires à grand développement sont le plus souvent des kystes papillaires, c'est-à-dire, présentant les indices d'une prolifération conjonctive prédominante. Ces bourgeons conjonctifs peuvent aller jusqu'à distendre les kystes de telle manière que par une légère éraillure ils font saillie au dehors, phénomène important au point de vue des adhérences. Ce sont en effet ceux-ci qui contractent les adhérences les plus fortes et les plus intimes.

Le contenu liquide, comme nous l'avons dit, est excessivement variable. Très rarement clair et limpide comme dans la majorité des grands kystes parovariens, il est cependant, dans tous les kystes à grand développement, plus ténu que dans les autres. Ordinairement un peu visqueux, adhérent, filant, il est quelquefois comme sirupeux et peut aller jusqu'à prendre la consistance d'une gelée tremblotante. Il est d'habitude moins visqueux dans les kystes papillaires que dans les kystes glandulaires. Sa coloration est foncée variant du jaune sucre d'orge et du vert pomme à la teinte du café ou du chocolat.

Dans les cas difficiles on avait pensé que la présence de la paralbumine différencierait le liquide kystique du liquide ascitique. Cette donnée n'est pas absolue, et il faut

ajouter plus d'importance à une proportion de sels fixes, supérieure à 70 grammes par litre (Méhu) ou à 100 grammes (Quénu).

La surface externe lisse et onctueuse au début, peut être plus ou moins dépolie ou rugueuse, par suite des poussées inflammatoires, des végétations papillaires, de la prédominance de saillie d'un ou plusieurs des petits kystes constituant la masse totale qui est généralement supportée par une portion rétrécie ou pédicule.

Ce qu'il y a de plus intéressant pour nous, c'est le volume. Il peut être tel que la femme ne semble pour ainsi dire qu'une annexe de son kyste et qu'après l'opération elle offre l'aspect d'un « poisson vidé » (Pozzi). Le volume peut tenir soit à la quantité du liquide, soit au poids des parties solides du kyste. Il est ordinaire que ces deux facteurs soient en raison inverse l'un de l'autre. Dans ces deux ordres d'idées Gallez cite un cas d'Adelman où il y avait 214 livres de liquide, soit 96 kilog. 942, dans un kyste biloculaire de l'ovaire droit ; un autre cas de Gaitskell, où un seul ovaire, ayant atteint six pieds de circonférence en huit ans, pesait 160 livres, soit 72 kilog. 480 grammes.

Ces cas paraissent être extrêmes et vraiment prodigieux. Ils sont rares ; mais il est assez commun de rencontrer des kystes qui, soit en liquides soit en parties solides représentent de 20 à 50 kilogrammes de poids.

Si nous passons à l'anatomie pathologique des adhérences, nous voyons que celles-ci sont, par ordre de fréquence, pariétales, épiploïques, intestinales.

Au début, constituées par une matière conjonctive glutineuse et molle, elles sont faciles à rompre ; à peine

méritent-elles le nom d'adhérences. Plus tard, mieux organisées elles sont formées de tissu conjonctif plus ou moins dense, arrivant même à être comme fibreux. Quelquefois assez étendues et permettant des mouvements entre la tumeur et la paroi, il peut arriver aussi, qu'une fusion tellement intime se produise que l'on a vu des opérateurs, largement décoller le péritoine pariétal de la paroi, croyant séparer celle-ci du kyste (Pozzi). Elles sont généralement beaucoup plus tenaces entre le kyste et les viscères, et on peut se voir conduit, tellement elles deviennent résistantes et solides, à abandonner dans le ventre le lambeau de paroi kystique qu'elles fixent aux viscères sous-jacent. (Paul Segond) (1).

Habituellement pauvres en vaisseaux, elles deviennent quelquefois le plus important lieu de passage des vaisseaux de nutrition du kyste. On comprend facilement alors combien l'opérateur devra être prudent. Avant de les rompre, il devra toujours les explorer soigneusement et sera quelquefois amené à les couper seulement entre deux ligatures. Cela est surtout vrai pour les adhérences épiploïques ou viscérales.

Les adhérences antérieures, quand elles sont intimes, sont généralement dépourvues de vaisseaux et pourront être, sans trop de crainte d'hémorrhagie, déchirées soit par retournement du kyste, soit par l'action répétée du bord cubital de la main.

Mais il est impossible de terminer ce qui a trait aux adhérences, sans parler des transformations que subit le péritoine irrité chroniquement.

(1) *Traité de chirurgie.*

Les séreuses sont constituées par un revêtement d'épithélium aplati, véritable endothélium supporté par une trame conjonctive. A l'état normal elles sont transparentes et d'une épaisseur à peine appréciable.

Un des premiers signes de l'inflammation est de provoquer la formation de plaques d'épaississement et d'hypertrophie, plus ou moins rugueuses et dépolies, qui sont la cause ordinaire des frottements. Mais laissons de côté la réaction de l'endothélium, la véritable desquamation qu'il peut subir, qui appartiennent surtout aux processus aigus.

Les évolutions subaigues ou chroniques se passent plutôt dans le tissu sous séreux. Les couches conjonctives de celui-ci, sont le siège d'abord d'une sorte « d'imbibition œdémateuse », (Bard) puis d'une prolifération active de leurs cellules fondamentales.

Un des premiers signes de cette irritation est la dilatation persistante du réseau capillaire, et la production d'un exsudat séro-fibrineux dont la fibrine provient, soit de la matière fibrinogène venue du sérum du sang, soit de la matière fibrinoplastique venue des cellules. Quoiqu'il en soit, ces deux phénomènes, exsudation et prolifération, témoignent d'une suractivité néoformative considérable des éléments du tissu conjonctif.

Si deux feuillets de la séreuse sont en contact, unis et séparés d'abord par une couche embryonnaire non vascularisée, ils peuvent arriver plus tard à se rejoindre et à se fusionner par organisation définitive du tissu conjonctif lamelliforme; l'adhérence est formée. Mais l'exsudat, le tissu embryonnaire peuvent se liquéfier, se dissoudre, subir tous les stades de la dégénérescence graisseuse et de la transformation caséeuse.

Il n'en est pas de même du tissu conjonctif néoformé sous-endothélial. Ses cellules, poussées par l'atavisme, ont déjà édifié un tissu conjonctif surabondant et continuent à proliférer encore, longtemps après que l'inflammation initiale semble avoir disparu.

Celle-ci s'est étendue souvent bien loin de son point de départ. Les cellules qu'elle a touchées après une phase évolutive rentrent dans une voie de régression. Les vaisseaux disparaissent, le tissu conjonctif, ancien ou néoformé, augmente d'épaisseur, devient plus ou moins dense, quelquefois très dur; les vaisseaux lymphatiques, simplement encombrés d'abord par des amas de globules blancs, peuvent être oblitérés soit par des coagulations fibrineuses, soit par la véritable rétraction du stroma de soutainement dans lequel ils circulent; les espaces lymphatiques intercellulaires disparaissent.

En somme, tout le tissu conjonctif est le siège de cet ensemble de phénomènes qu'on réunit sous le nom de sclérose et dans lequel les auteurs ont une tendance presque unanime à voir le type fondamental de l'inflammation chronique. La séreuse ainsi épaissie se prête mal aux phénomènes d'absorption et nous verrons que cela a une grande importance au point de vue du pronostic de l'intervention.

CHAPITRE III

Etiologie du kyste et des adhérences.

Nous n'avons pas l'intention de nous occuper ici de la pathogénie des kystes de l'ovaire. Qu'ils soient dus à l'enclavement ou à l'involution épithéliale ou à tout autre cause, la question est encore obscure malgré les travaux de Malassez, de Sinéty, de Waldeyer, etc. Il en est de même des causes prédisposantes, déterminantes, au sujet desquelles les auteurs se sont livrés à une multitude d'hypothèses, dont quelques-unes (Boinet) sont peu en faveur de la moralité des femmes affligées d'un kyste ovarique.

Ce que nous avons en vue, c'est de rechercher si quelques circonstances particulières n'accompagnent pas le développement exagéré des kystes et la formation des adhérences. Il est à remarquer que les kystes à grand développement ne suivent pas d'ordinaire une marche régulièrement progressive. Ils procèdent au contraire par

poussées successives, accompagnées fréquemment de vives douleurs et même de symptômes alarmants pour la vie de la malade. Il semble que l'on ait affaire à de véritables accidents péritonéaux. Mais sont-ce de véritables poussées de péritonites ou simplement des accidents dus à cette forme réactionnelle du péritoine que l'on a nommée « péritonisme » ?

En d'autres termes, est-ce la surdistension du kyste qui, tirillant le péritoine, provoque les phénomènes douloureux, ou bien, au contraire, se trouve-t-on en présence de véritables phénomènes inflammatoires du côté du péritoine ? dans ce cas, ceux-ci sont-ils primitifs ou secondaires à l'inflammation du kyste lui-même ?

Il semble que l'on puisse admettre ces deux ordres de faits. On voit en effet de véritables crises passagères, avec hoquet, vomissement, cyanose, refroidissement des extrémités, survenant brusquement, cédant de même, pour faire place à un état de santé à peu près normal.

D'autres fois, au contraire, les accidents quoique moins bruyants sont plus tenaces, et il est facile de reconnaître qu'ils sont la traduction de véritables poussées péritonitiques qui durent quinze jours, trois semaines, quelquefois plus.

Quelle peut être la pathogénie de ces deux groupes de phénomènes ?

Les crises de péritonisme se rattacheraient plutôt à la brusque surdistension du kyste, mais celle-ci ne peut survenir sans cause. Or, nous dit Boinet (1), d'accord avec la plupart des auteurs, peu de kystes atteignent un grand développement sans être chroniquement enflammés. Ne

(1) *Dictionnaire encyclopédique.*

peut-on admettre que sous l'influence d'un choc, d'un trouble physiologique quelconque, cette inflammation puisse prendre une activité excessive et momentanée? Avec les connaissances actuelles sur le transport des germes infectieux par les voies ou les éléments lymphatiques, ne peut-on induire que des agents pathogènes, jusque-là à l'état latent dans le kyste, puissent manifester bruyamment leur présence par suite de perturbations dans la nutrition normale du kyste ou de celle qui le porte?

D'autre part, il est rare que l'inflammation reste cantonnée à l'intérieur du kyste. La surface externe y participe ordinairement, s'enflamme, se dépolit, perd son épithélium, condition nécessaire d'après Valdeyer pour la production des adhérences. Alors intervient un nouveau facteur : l'inflammation du péritoine pariétal. Dans cette première hypothèse, elle est secondaire, voyons comment elle peut être aussi bien primitive, et susceptible, si on le veut, de causer l'inflammation du kyste.

L'inflammation est en somme un moyen de défense des tissus contre les agents vulnérants. Le péritoine y est plus enclin qu'aucun autre. On sait combien dans les fibromes utérins sous-péritoneaux pédiculés, même de faible volume, est fréquente l'ascite, premier signe de la réaction du péritoine. Il est donc évident qu'en conséquence de la présence d'un véritable corps étranger aussi volumineux qu'un kyste de l'ovaire, le péritoine va se trouver, de par ce seul fait, dans un état d'irritation chronique.

Groëvitz (1) a montré en 1886 que les microbes pyo-

(1) Travail statistique et expérimental sur la péritonite (*Annales de la Charité*).

gènes en suspension dans un liquide non irritant ne produisent rien sur un péritoine sain. Il produisent, au contraire, une péritonite si ce dernier est le siège d'une irritation ou d'une plaie.

Or on sait aujourd'hui que les microbes peuvent traverser la paroi intestinale sans que celle-ci soit lésée (1). C'est le mode pathogénique admis de la péritonite tuberculeuse. Ce qui est vrai pour le bacille de Koch l'est aussi pour les myriades de germes contenus dans l'intestin, en particulier pour le coli communis.

Ces germes, à l'état normal, ne produisent rien, ils sont immédiatement détruits par l'activité phagocytaire; mais, que sur ce terrain déjà prédisposé du péritoine irrité, un traumatisme quelconque, accidentel ou chirurgical, vienne créer un *locus minoris resistentiæ*, et nous trouvons réunies toutes les conditions nécessaires à la production d'une poussée de péritonite plus ou moins grave.

C'est volontairement que nous laissons de côté les infections trop connues qui peuvent se produire par les voies génitales, quoiqu'elles doivent également entrer en ligne de compte.

Pour nous, c'est donc surtout à l'infection qu'il faudra s'adresser pour trouver l'explication de ces poussées aiguës kystiques ou péritonitiques, lesquelles sont parfaitement de nature à donner un coup de fouet à l'activité cellulaire des éléments du kyste, soit du côté de la prolifération, soit du côté de la sécrétion. Ainsi pourraient être expliqués les brusques changements de volume du kyste, qu'ils tiennent à l'augmentation de son stroma, ou à celle des liquides qu'il contient.

(1) Dobroklonski ; *Arch. de méd. expér.*, 1890.

L'inflammation péritonéale étant posée, son premier effet va être la formation des adhérences. Cependant il faut noter comme le fait remarquer M. Terrier, que l'absence de poussée douloureuse ne doit pas faire rejeter l'existence possible des adhérences.

Un premier degré de l'inflammation du péritoine peut amener de l'ascite. Mais ne voit-on pas souvent un fibrome sous-péritonéal pédiculé de faible volume, tel que ceux dont nous avons parlé plus haut, se fixer en un point de la cavité abdominale, y contracter des adhérences solides avec des anses intestinales ou un viscère quelconque, sans qu'aucun phénomène aigu l'ait traduit à l'extérieur. N'est-il pas suffisant d'admettre qu'un degré plus élevé d'irritation peut amener la transsudation d'une sorte de lymphé plastique qui établira rapidement des connexions entre des organes voisins. — De légères inflammations suffisent souvent à provoquer l'adhérence d'anses intestinales entre elles.

Il semble donc très logique de croire que, même sans poussées aiguës à grand fracas, le kyste de l'ovaire peut, par simple contact, contracter des adhérences avec les organes voisins, et en particulier avec le péritoine pariétal antérieur avec lequel il est plus immédiatement en rapport.

Mais il est de règle, et fort anciennement connu, que les adhérences solides et étendues se rencontrent principalement dans les kystes multiloculaires volumineux, anciens, qui ont été le siège de douleurs répétées (Gallez) (1).

(1) *Loc. citato.*

Nous avons parlé plus haut de l'action des traumatismes accidentels ou chirurgicaux. Par ce dernier terme nous avons surtout en vue les ponctions soit exploratrices, soit palliatives. De longues discussions ont eu lieu sur ce point de savoir si elles pouvaient être incriminées comme productrices d'adhérences. La question ne fait plus de doute aujourd'hui. De nombreux cas ont été cités où, soit à l'autopsie, soit pendant l'ovariotomie, on a constaté que les adhérences les plus solides et les plus résistantes existaient aux points antérieurement ponctionnés. On a voulu objecter à cela que, par suite de la diminution de volume du kyste, il ne pouvait plus y avoir coïncidence entre les points traversés par l'aiguille ou le trocart, dans la paroi abdominale et dans celle du kyste. Rien ne prouve, en premier lieu, que la paroi abdominale ne subisse pas un retrait presque parallèle à celui du kyste ponctionné. On s'efforce d'ailleurs d'aider à ce retrait par la compression méthodique que l'on applique sur l'abdomen après toute ponction. Enfin, l'adhérence d'abord plus ou moins lointaine, comme ligamenteuse, peut ensuite en se rétractant, lorsque le kyste reprend son volume antérieur, établir un solide trait d'union entre les deux points irrités précédemment.

Quoi qu'il en soit, c'est là un fait d'expérience, dont l'explication est d'ailleurs facile. On sait que les ponctions sont loin d'être toujours inoffensives malgré toutes les précautions antiseptiques. Il paraît évident que quelques gouttes du liquide kystique peuvent être entraînées par le trocart et répandues dans le péritoine, où elles provoqueront une réaction plus ou moins intense selon les propriétés du liquide. Il est aussi à supposer, qu'après l'extraction de l'aiguille, un léger suintement peut s'é-

tablir et amener les mêmes accidents inflammatoires que précédemment.

Les ponctions seront donc un facteur étiologique important des adhérences.

En résumé cette relation de cause à effet est difficile à établir, de savoir : si c'est parce que certains kystes atteignent un très grand volume qu'ils sont ordinairement adhérents et plus souvent douloureux, ou bien si c'est à cause des poussées de péritonites que certains kystes atteignent un développement exceptionnel. Il nous semble qu'il doit y avoir là une sorte de phénomène de summation ; chacun des deux éléments réagissant tour à tour sur l'autre ; que d'autre part ce qui doit dominer et éclairer la question doit être recherché du côté des infections probables portant primitivement sur le kyste ou sur le péritoine, et secondairement s'étendant de l'un à l'autre. M. le professeur agrégé L. Bard (1) donne un appui solide à cette théorie lorsqu'il dit que les adhérences les plus fréquentes et en tous cas les plus solides et les plus étendues, sont un mode de guérison des inflammations microbiennes des séreuses. Dans quelques cas il s'agit simplement de cette hypertrophie conjonctive qui constitue le procédé de défense des tissus contre les lésions envahissantes, même aseptiques, mais dans la grande majorité des cas, ces adhérences s'établissent dans la zone périphérique « d'irritation phlogogène » de processus microbiens. De même que l'on voit se produire des adhérences dans la plèvre d'un tuberculeux pulmonaire, ne peut-on admettre qu'il s'en produira dans le péritoine, au voisinage d'un kyste plus ou moins chroniquement enflammé ?

(1) *Précis d'anatomie pathologique.*

CHAPITRE IV

Symptômes

Nous laissons complètement de côté les signes de début des kystes de l'ovaire. Chacun sait combien ils sont le plus souvent insidieux. Les phénomènes subjectifs sympathiques divers qui peuvent les accompagner ne nous occuperons pas, non plus que l'état de la menstruation, sujet de nombreuses statistiques. Il suffit de savoir que l'absence, pas plus que la présence du flux menstruel, ne peut être considérée comme un phénomène pathognomonique. Nous étudierons la tumeur parvenue à sa période d'état, alors qu'arrivée à un très grand développement, elle remplit presque toute la cavité abdominale, et peut donner sujet aux erreurs de diagnostic les plus intéressantes.

A ce degré, l'aspect de la malade est ce qui attire d'abord l'attention. Le volume de son ventre peut être tel que, comme dans l'observation de M. Dayot fils, elle

devient un sujet de stupeur et d'épouvante. Rodenstein (1) parle d'une femme « dont la tumeur s'était accrue jusqu'à descendre au-dessous du genou » ; Duret (2) (1740), d'une malade qui était obligée « de porter des jupes à quatre doigts des aisselles tant son ventre était distendu. »

Le plus souvent les troubles de la santé générale ne sont pas en parallèle avec cette véritable difformité. Quoique amaigri, le facies est relativement bon, et n'a rien de pathognomonique. Les premiers temps la malade a attribué l'augmentation de son ventre à l'embonpoint (observation V), malgré que d'autre part, si on l'interroge, elle reconnaît qu'elle maigrissait plutôt.

Mais à part cela, pas de douleurs continues, peu ou pas de phénomènes de compression (nous verrons qu'il n'en est pas de même pour les kystes rétro péritonéaux), quelques envies plus fréquentes d'uriner, un peu de constipation et, fait important, d'ordinaire pas d'œdème des membres inférieurs. Donc, bonne santé relative. Mais, si l'on consulte les anamnestiques, on apprend le plus souvent que la malade a traversé des périodes où son état n'était pas aussi bon. Elle a dû parfois se mettre au lit pendant huit, dix, quinze jours, en éprouvant de vives souffrances ; cet accident aigu, généralement fébrile, passé, elle est revenue à son état antérieur, avec seulement une augmentation de son ventre, mais sans continuation de la fièvre le soir, ce qui est important, comme nous le verrons plus loin, pour le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

Si, de ces phénomènes subjectifs, on passé à l'examen

(1) *American Journal of obstetrics*, 1879.

(2) *Mémoire Académie de chirurgie*.

des phénomènes objectifs, on constate par l'inspection de l'abdomen que celui-ci est plus ou moins volumineux et distendu. Cette distension est uniforme, ou plus prononcée d'un côté. Elle remonte quelquefois jusqu'aux fausses côtes qu'elle déjette en dehors, tandis que l'appendice xyphoïde peut être rejeté en avant.

Le ventre est non pas aplati, mais acuminé, saillant en avant, sur la ligne médiane le plus souvent. La peau a conservé sa coloration normale; elle est seulement amincie par la distension, plus ou moins couverte de vergetures, quelquefois nacrée, brillante, et comme translucide. La circulation veineuse superficielle est peu ou pas modifiée; si elle l'est beaucoup, on doit songer à un kyste rétro-péritonéal, comme nous le verrons au dernier chapitre. Cependant dans les cas de distension extrême, la circulation cutanée abdominale peut être considérablement augmentée (obs. I).

L'ombilic est seulement déplissé, ni enfoncé comme dans l'œdème de la paroi, ni saillant et formant une petite tumeur liquide, molle, fluctuante, comme cela arrive parfois dans l'ascite.

La forme du ventre n'est pas modifiée sensiblement par les changements de position de la malade, fait d'une grande importance.

Palpation. — A la palpation, l'abdomen présente une tension plus ou moins considérable, généralement assez dure, élastique cependant; quelquefois diverse selon les points. On peut même arriver à sentir des bosselures, des inégalités que l'inspection seule n'avait pas révélées.

Souvent aussi on peut percevoir les limites de la tumeur, ovoïde, à contours plus ou moins sphériques.

En outre de la rénitence et de l'élasticité, on sentira ordinairement une véritable fluctuation propre aux tumeurs liquides. Enfin, phénomène considéré longtemps comme pathognomonique de l'ascite, en percutant légèrement la paroi, on aura une véritable sensation de flot net, superficiel, étendu à toute la cavité abdominale, les ondulations du liquide étant même quelquefois visibles à travers la paroi.

Nous reviendrons, au chapitre du diagnostic, sur ce phénomène qui a une grande importance. Il a été cause de fréquentes erreurs et il est d'une grande utilité pour le diagnostic de la symphyse plus ou moins complète du kyste avec la paroi antérieure de l'abdomen.

Percussion. — La percussion est certainement le mode d'investigation qui fournira le plus de renseignements. Nous en remettons l'étude complète au diagnostic différentiel. Il suffit d'indiquer, à présent, que, d'une façon générale, elle indique une zone médiane à contours sphériques, très mate, limitée à sa périphérie par des zones sonores dans les flancs et à la partie supérieure. Dans les très grands kystes, la matité envahit tout l'abdomen; ce n'est que tout à fait à la partie supérieure gauche, sur la limite des cavités thoracique et abdominale, que l'on trouve de la sonorité. Quelquefois, cependant, on peut avec surprise constater de la sonorité médiane, malgré que tous les autres signes soient en faveur d'un kyste ovarique. Il faudra se rappeler alors que des cas ont été cités (Spencer Wells, Le Betouret, etc.) où une anse intestinale, généralement le côlon, était fixée par des adhérences entre la paroi abdominale et la tumeur.

Les diverses attitudes prises par la malade ne modifient

pas les résultats de la percussion, ce qui se comprend, le liquide étant renfermé dans une poche plus ou moins résistante sur laquelle les changements de position de la malade ne peuvent avoir aucune influence.

Toucher vaginal. — Par le toucher vaginal, on constate que l'utérus est ordinairement élevé, souvent difficile à atteindre. Il est immobilisé au lieu d'être abaissé et comme flottant, ainsi que dans l'ascite. Couché au-devant du pubis, en antéversion, quelquefois repoussé du côté opposé à celui d'où vient le kyste, il est d'autres fois rejeté en arrière, parfois même déplacé directement en bas, en véritable prolapsus.

Le doigt placé dans les culs-de-sac, au lieu de la rénitence molle de l'ascite, a la sensation d'une résistance plus ou moins étendue. Il peut d'habitude percevoir une fluctuation distincte, mais médiate, lorsqu'on percute sur l'abdomen. Le toucher rectal ne fait que corroborer les données du toucher vaginal. Ce n'est que dans les kystes inclus ou les kystes rétro-péritonéaux qu'il donnera des renseignements spéciaux.

Auscultation. — Au point de vue de l'auscultation, les symptômes sont de peu d'importance. Elle peut révéler des frottements péritonéaux indiquant une altération de la séreuse et qu'une adhérence complète n'existe pas encore. Elle permet aussi d'entendre des bruits de souffles comparables à ceux de l'utérus gravide et dont l'origine a été discutée (compression, circulation propre du kyste). Il faut en connaître l'existence, mais comme ils se rencontrent dans la plupart des grosses tumeurs abdominales, on conçoit que leur constatation n'a pas de valeur particulière. Disons en passant un mot de la men-

suration de l'abdomen, qui démontre parfois une différence, inappréciable à la vue, entre le volume des deux moitiés latérales de l'abdomen.

Troubles fonctionnels. — Nous avons dit qu'au début les troubles de compression étaient rares et appartenaient plutôt à la variété rétro-péritonéale. Cependant, lorsque la tumeur arrive aux dernières limites de son développement, elle entraîne fatalement des troubles fonctionnels, mais dus plutôt à son poids et à son volume qu'à ses connexions.

« On peut alors voir apparaître des troubles vésicaux, des envies fréquentes d'uriner par effacement de la capacité du réservoir urinaire; la constipation est la règle par compression du rectum et gêne des phénomènes physiologiques de l'effort. L'obstacle apporté à la dilatation normale de l'estomac et aux mouvements de l'intestin est une cause d'anorexie, de vomissements et contribue à amener le marasme. Dans les cas où la tumeur remonte très haut, le jeu du diaphragme et même des côtes peut être gêné, d'où une dyspnée et une cyanose très pénibles. Une autre cause de dyspnée qui vient souvent se joindre à la première et qui est parfois méconnue, est celle qui résulte de la compression des uretères et de l'urémie chronique qui en est la conséquence; on ne saurait trop insister sur l'importance capitale de cette complication, ni trop la rechercher par l'examen attentif des urines » (Pozzi).

Marche et pronostic. — Au point de vue de la marche et du pronostic, il est bien certain que l'on a constaté des variations individuelles considérables. T.-P. Franck cite une femme qui a atteint l'âge de 88 ans et qui portait un kyste depuis sa treizième année. La progression peut donc être très lente.

De même on a pu signaler des guérisons spontanées, soit par ouverture du kyste, soit par calcification de ses parois. Mais ce sont là d'excessives raretés.

D'ordinaire, le kyste suit une marche progressive plus ou moins lente ou rapide, mais constante. Lorsqu'il est arrivé à un développement un peu considérable, et que la santé générale commence à en être troublée, il est rare, d'après Spencer Wells, que la vie puisse se prolonger plus de deux ans. Le dépérissement des malades tient surtout à la diminution de la nutrition par suite de troubles dyspeptiques et de la compression de l'intestin, et aux troubles de l'uropoïèse par compression des uretères.

Enfin, il ne faut pas négliger de dire qu'une femme porteur d'un kyste de l'ovaire est constamment sous la menace d'accidents graves dus à sa tumeur, tels que péritonite, suppuration par torsion du pédicule ou pour toute autre cause, inflammations diverses, rupture du kyste, étranglement interne, complication pleurale, etc.

Il faut bien aussi tenir compte de ce que la vie même peut devenir véritablement insupportable pour la malade lorsque sa tumeur a pris un très grand volume.

Telles sont les considérations symptomatologiques qui font que l'intervention est bien nettement indiquée, même et surtout avec un très grand kyste qui menace directement et à bref délai la vie de la patiente.

CHAPITRE V

Diagnostic différentiel

Il ne rentre pas dans le cadre de ce travail de parler du kyste de l'ovaire tant que la tumeur est renfermée dans le petit bassin.

Comme nous l'avons fait pour les symptômes nous supposerons le kyste arrivé à sa période d'état, distendant notablement l'abdomen.

C'est surtout avec l'ascite et avec la péritonite tuberculeuse que la différenciation peut être alors difficile. Nous y insisterons spécialement. En outre, nous indiquerons rapidement quels sont les points saillants du diagnostic avec la péritonite enkystée, les kystes du mésentère, l'hydronéphrose, les kystes du pancréas dont quelques cas curieux ont été récemment publiés. Nous citerons en outre que l'erreur avec dilatation de l'estomac a pu être commise.

ASCITE. — « Il y a quelques années, rien ne semblait plus facile que de faire le diagnostic différentiel de l'ascite et du kyste de l'ovaire. Nous savons aujourd'hui que ce diagnostic peut être difficile, même après ouverture de l'abdomen. Dans les cas compliqués, il peut être impossible de faire un diagnostic ferme et la nécessité d'une intervention fait l'indication opératoire, plutôt que le diagnostic exact de la lésion. » (Lucas Championnière) (1).

D'ordinaire, cependant, un examen méthodique pourra permettre de faire le diagnostic.

Aspect de la malade. — En premier lieu, l'aspect de la malade a une grande importance. Tant que la distension considérable du kyste n'est pas trop ancienne, l'état général reste relativement bon. Il n'en est pas de même pour l'ascite où, au contraire, les troubles de la santé générale ont d'habitude devancé l'épanchement péritonéal.

Anamnestiques. — C'est la malade elle-même qui nous apprendra si elle a vu son ventre grossir progressivement, depuis combien de temps, si la tumeur s'est manifestée d'abord à la partie inférieure, latéralement, ou médianement faisant songer à une grossesse (kyste), ou, au contraire, à la partie supérieure de l'abdomen (ascite) (Polailhon). Le récit de quelque affection antérieure hépatique, cardiaque, pulmonaire, rénale, l'aveu d'habitudes alcooliques, pourront orienter fructueusement les recherches du côté d'une ascite symptomatique.

De même des accidents aigus survenus à une ou plusieurs reprises du côté d'une tumeur abdominale déjà

(1) *Bulletin et Mémoire de la Société de chirurgie de Paris*, 1892, vol. XVIII, p. 376

ancienne (la péritonite tuberculeuse étant écartée) pourront, dès le début, fixer presque définitivement les idées.

Phénomènes objectifs. — Mais c'est surtout sur les phénomènes objectifs que l'on devra s'appuyer. Nous allons essayer de les exposer méthodiquement.

Inspection de la région abdominale. — La simple inspection de l'abdomen nous donnera déjà des renseignements précieux sur l'aspect de la peau, sa couleur, la forme du ventre, l'état de la circulation veineuse superficielle.

Dans le kyste de l'ovaire, la peau garde le plus souvent une coloration normale ; elle est seulement distendue, amincie, craquelée, la ligne blanche est élargie. L'ombilic est très distendu ; ce n'est que s'il existe aussi de l'ascite qu'il est proéminent.

Dans l'ascite, au contraire, la peau est le plus souvent empâtée, la plupart du temps œdémateuse, de coloration plus blafarde. Cependant si l'ascite s'est développée très rapidement, le cas devient plus difficile, car le ventre est tendu, la peau lisse, luisante, éraillée, non dépressible. L'ombilic, au lieu d'être simplement distendu, forme quelquefois une petite tumeur saillante, plus ou moins conique, produite par de la sérosité qui a franchi l'anneau et distendu la cicatrice ombilicale. Cette tumeur est fluctuante et transparente comme une hydrocèle (Racle) (1).

Forme. — Même dans les cas où la tumeur remplit uniformément l'abdomen sans prépondérance d'un côté, le ventre a une forme notablement différente selon qu'il est distendu par un kyste de l'ovaire ou par l'hydropisie péritonéale.

(1) *Précis de diagnostic médical.*

Acuminé, saillant en avant sur la ligne médiane, dans le premier cas, il est plus étalé et aplati en « ventre de batracien » dans le second. Les changements de position amèneront de brusques changements dans la forme du ventre, dans le cas d'ascite. Si l'on examine la malade successivement debout et couchée, le ventre plus proéminent, un peu en besace (ce qui le distingue du kyste), dans la station verticale, s'étale et s'applatit brusquement dans le décubitus dorsal. De même le fait de se tourner sur le flanc pourra déplacer, par rapport à l'axe médian du corps, la situation du sommet de la tumeur due à l'ascite, et restera sans action sur la saillie du kyste de l'ovaire, par suite de l'enkystement même du liquide. Pour cette même raison, les parties latérales extrêmes de l'abdomen pourront être relativement déprimées, dans le kyste, tandis qu'elles seront en saillie dans l'ascite, avec un certain degré d'applatissage de la région ombilicale. Enfin, il faut insister sur ce fait que la base du thorax sera notablement plus dilatée par l'ascite que par le kyste de l'ovaire. Au lieu de cette dilatation surtout transversale due à l'ascite, « dans les cas extrêmes de kyste de l'ovaire, les cartilages et l'appendice xyphoïde sont déjetés, le foie, devenu horizontal, est repoussé dans la concavité du diaphragme, le cœur est soulevé, l'abdomen fait saillie dans le thorax ; le ventre n'est pas cylindrique mais proéminent en avant, et se continue en pente douce avec la poitrine qui semble en être devenue une dépendance (Pozzi) (1).

La mensuration peut donner quelques indications, par suite du déplacement de l'ombilic dans le kyste.

(1) *Loc. cit.*, page 736.

D'autre part, d'après Spencer Wells, dans l'ascite, le maximum de circonférence se trouve à l'ombilic, il est quelques centimètres plus bas dans le kyste.

Circulation. — Au point de vue de l'état de la circulation veineuse superficielle, on peut noter quelques différences. Dans le cas de kyste ancien, on remarquera des veines variqueuses plus ou moins volumineuses qui débutent tout à fait au niveau de l'arcade de Fallope, des deux côtés. On sait au contraire que dans l'ascite, c'est au niveau de la région sus-ombilicale, et surtout à droite, que s'établit la circulation cutanée complémentaire. Nous devons faire remarquer de suite que c'est dans le cas de kyste rétro-péritonéaux que la circulation superficielle deviendra très exagérée. Nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur ce point.

Palpation. — La simple inspection de l'abdomen étant terminée, nous arrivons à la palpation. Celle-ci va nous donner de nombreux renseignements, en premier lieu sur la plus ou moins grande tension de l'abdomen. Cette tension est généralement beaucoup plus considérable dans le kyste que dans l'ascite ; d'après Follin, on peut constater que la rénitence occasionnée par la présence du liquide varie, dans l'ascite, avec les changements de position. — On sera surtout frappé d'ordinaire par la sensation de bien plus grande élasticité que l'on trouvera dans le cas de kyste de l'ovaire. Enfin, phénomène qui lèvera tous les doutes lorsque la percussion éloignera l'idée de gâteaux intestinaux agglutinés, on sentira parfois des inégalités, des bosselures que l'inspection seule n'avait pu déceler ; on pourra enfin, mais rarement dans les cas qui nous occupent, délimiter, au moins dans les flancs, et

en haut, une tumeur plus ou moins ovoïde, avoir en somme la sensation de poche kystique sous-jacente à la paroi à travers laquelle on sentira une fluctuation vraie et manifeste, notablement différente de la mollesse rénitente de l'ascite.

Mais il est un phénomène, la sensation de flot, sur lequel nous devons insister particulièrement. C'est volontairement que nous en plaçons l'étude dans le paragraphe de la palpation au lieu de la ranger comme on le fait d'habitude à l'article de la percussion ; c'est bien en effet à une sensation tactile que l'on a affaire et non pas à une sensation auditive comme celle que l'on demande à la plessimétrie.

Sensation de flot. — Quoi qu'il en soit, la sensation de flot a une grande importance et l'on devra toujours la rechercher systématiquement.

On lit encore dans les classiques que la constatation d'un flot très net, perçu dans tous les sens, superficiellement, existe presque exclusivement dans l'ascite. Cette assertion doit être considérée comme vraie seulement dans la négative, c'est-à-dire que l'absence de flot doit ordinairement éloigner définitivement l'hypothèse d'ascite. Mais il ne faut pas aller plus loin dans cette voie.

En effet, dans la variété que nous étudions, les kystes à grand développement adhérents à la paroi abdominale, on ne doit pas oublier que la fusion entre le revêtement séreux de la tumeur et le péritoine pariétal est parfois absolument complète.

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que la sensation de flot puisse devenir très superficielle et que dans le cas de kyste uniloculaire ou même de kyste cloi-

sonné (1) mais à tension égale des poches, on puisse provoquer le flot dans tous les sens et d'un côté à l'autre de la cavité abdominale.

Bien plus, étant donnée la grande tension du kyste et des parois abdominales, notre maître, M. Jaboulay, a constaté que des vibrations imprimées au liquide au moment de la recherche du flot, deviennent parfois visibles à travers la paroi; signe précieux qui, loin d'éloigner l'idée de kyste, lorsqu'il coexiste avec la saillie antérieure du ventre et d'autres symptômes de kyste ovarique doit faire diagnostiquer non seulement kyste de l'ovaire, mais kyste adhérent à la paroi abdominale. Nous reviendrons d'ailleurs, plus loin, sur le diagnostic des adhérences.

Percussion. — C'est à la percussion que depuis fort longtemps on demande le plus de renseignements. L'étude en est bien faite dans tous les ouvrages classiques et nous n'y insisterons pas. Pour la résumer, nous ne pouvons mieux faire que de citer textuellement les lignes qu'y consacrent Follin et Duplay (2) :

« La percussion fournit des signes d'une grande valeur : d'une manière générale, dans l'ascite, la percussion donne de la matité au niveau des flancs et de la sonorité à la région antérieure de l'abdomen. Dans le kyste de l'ovaire, la matité occupe plutôt la région antérieure de l'abdomen et la sonorité siège dans les flancs.

« Cependant, lorsqu'il s'agit d'un kyste très volumineux, il est quelquefois assez difficile de déterminer une zone sonore et si l'on y parvient, elle siège ordinairement d'un

(1) Scanzoni : *Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme*, p. 372.

(2) *Traité de pathologie externe*, vol. VII, page 691.

seul côté et occupe la partie la plus reculée du flanc. On trouve aussi, fréquemment, en pareil cas, une zone sonore correspondant à la région épigastrique et à l'hypocondre gauche.

« Les diverses attitudes prises par la malade modifient en général d'une façon très notable le siège de la matité et de la sonorité lorsqu'il s'agit d'une ascite tandis que ces changements d'attitude sont à peu près sans effet dans le cas de kyste ovarique. On devra donc examiner la malade d'abord dans le décubitus dorsal puis en la faisant coucher successivement sur chaque côté. Si l'on se trouve en présence d'une ascite on constatera dans ces diverses situations des modifications des zones mates et des zones sonores en rapport avec les déplacements du liquide péritonéal, ce qui ne se produira pas dans le cas de kyste ovarique.

« Enfin en plaçant la malade dans la situation verticale, on verra la matité s'abaisser dans l'ascite suivant une ligne à concavité supérieure tandis que la région sonore s'élève. Dans le kyste de l'ovaire la matité ne se déplacera pas, et se présentera toujours suivant une « ligne à convexité supérieure ».

Nous n'ajouterons qu'une courte remarque à ce qui précède. Parfois le diagnostic est rendu plus difficile par le fait que des anses intestinales fixées par des adhérences ont pu rester interposées entre la paroi abdominale et celle du kyste. D'où sonorité possible sur la ligne médiane.

Spencer Wells a rencontré cette disposition dans sa première tentative d'ovariotomie et le Betouret, cité par Quénu, a vu le côlon transverse passer au-devant du kyste.

De même dans l'ascite, des anses intestinales adhérentes dans les flancs pourront adultérer par leur sonorité les résultats de la percussion.

Inversement, des anses intestinales agglutinées en gâteau à la partie médiane de l'abdomen, comme cela se voit notamment dans la péritonite tuberculeuse à forme ascitique, pourront simuler la forme et la matité d'un kyste ovarique.

On devra toujours avoir ces causes de confusion présentes à l'esprit, afin de ne pas tomber dans des erreurs que l'on doit éviter.

Toucher vaginal. — Le toucher vaginal va encore nous fournir des signes importants qui permettront souvent d'éclairer un diagnostic obscur.

Dans une communication faite à la Société des sciences médicales de Lyon le 21 octobre 1885, M. le professeur Raymond Tripiér faisait remarquer que souvent il avait pu faire le diagnostic précoce d'ascite par le toucher vaginal, en constatant une sorte de légèreté anormale de l'utérus soulevé par le doigt, et en outre une sensation de flot particulière ou de choc en retour dans les culs-de-sac du vagin.

En 1858 Scanzoni, dans son traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme, disait à propos du diagnostic d'une tumeur ovarique très volumineuse, remontant très haut dans la cavité abdominale et dilatant considérablement l'abdomen. « Nous avons vu plusieurs fois, et cela n'est pas sans importance pour le diagnostic de l'ascite, que dans cette dernière maladie, la matrice et le cul-de-sac du vagin ont souvent une situation très basse. L'utérus présente en outre une mobilité très consi-

dérable de telle sorte que le corps de cet organe change déjà de place lorsque l'on exerce une légère pression sur sa portion vaginale, et, réciproquement on voit la portion vaginale suivre les mouvements que l'on imprime au liquide renfermé dans la cavité abdominale, en percutant la paroi antérieure de cette cavité. Nous n'avons jamais observé ce signe dans les kystes de l'ovaire et nous le recommandons pour cela à l'attention de nos lecteurs. »

M. R. Tripier, sans connaître cette assertion antérieure de Scanzoni, a fait des expériences cadavériques qui lui ont prouvé que c'était surtout la mobilité utérine que l'on constatait dans l'ascite, les culs-de-sac et le col s'abaissant peu ou pas, même avec introduction dans le péritoine d'une grande quantité de liquide. « Ce qui n'empêche pas dit-il, que l'utérus soit plus élevé avec le kyste de l'ovaire et qu'il y ait entre les deux cas une opposition bien marquée dans la situation de cet organe. »

Dans le kyste en effet, au lieu de l'utérus flottant de l'ascite, par le toucher et la palpation bi-manuelle on sent le plus souvent l'utérus couché au devant du pubis en antéversion, un peu dévié du côté opposé à celui d'où vient le kyste, sans que cependant on puisse, comme le voudrait Koeberlé (Dictionnaire de médecine) reconnaître toujours par là le côté par lequel le kyste a commencé.

Le col attiré en haut est moins facilement accessible et parfois il est comme absorbé par le déplissement des culs-de-sac du vagin.

Quand le kyste se développe beaucoup il peut arriver au contraire que l'utérus soit repoussé en arrière ; quelquefois même il est refoulé en bas en prolapsus.

Dans tous les cas, et c'est là surtout ce qu'il faut retenir, l'utérus est absolument immobilisé.

Enfin, le doigt promené, dans les culs-de-sac, au lieu de la rénitence molle de l'ascite, a la sensation d'une résistance plus ou moins étendue ; malgré cela souvent il peut percevoir une fluctuation très distincte lorsque l'on percute sur l'abdomen. Mais on sent fort bien que ce flot n'est que transmis médiatement à travers une paroi plus ou moins épaisse au lieu de venir pour ainsi dire se briser contre le doigt.

Auscultation. — On a encore demandé à l'auscultation de la tumeur des renseignements. Nous n'insisterons pas sur ce mode d'examen puisque dans le cas où nous nous plaçons de grands kystes adhérents, il ne peut pas se produire de frottements péritonéaux.

Cependant la constatation de ces frottements en certains points prouvera que l'adhérence n'est pas complète.

Les bruits de souffle que l'on peut entendre n'ont guère de valeur, puisqu'ils sont communs à un grand nombre de tumeurs abdominales. Il est vrai, cependant, qu'ils n'existent généralement pas dans l'ascite isolée.

Troubles fonctionnels. — Nous avons déjà insisté plusieurs fois sur ce fait, qu'avec les très grands kystes, l'état général reste ordinairement longtemps bon. Au contraire dans les cas d'ascite, développée très rapidement, qui peuvent surtout donner le change pour un kyste de l'ovaire, l'accroissement du volume du ventre est souvent accompagné de troubles de la santé générale beaucoup plus marqués que dans les observations de kyste simple de l'ovaire.

Compressions. — Au kyste, appartiennent plutôt les phénomènes de compression. Parmi ceux-ci, il faut distinguer ceux du début de la tumeur, qui ne se montrent que

lorsqu'elle est enclavée dans le petit bassin, et sur lesquels nous reviendrons au sujet des kystes rétro-péritonéaux. Comme nous l'avons dit à propos de la symptomatologie, le plus souvent ce n'est que dans les dernières périodes de développement de la tumeur, quand elle distend l'abdomen, que les troubles dus à la compression se prononcent. Ils sont alors en rapport plutôt avec le poids et le volume de la tumeur qu'avec ses connexions. — Dans le cas où la compression des uretères amènerait de l'urémie chronique, on comprend combien la difficulté du diagnostic est considérablement augmentée ; surtout si l'on songe que des affections cardiaques, notées en pareil cas, peuvent être sous la dépendance des altérations rénales.

Edèmes. — Au point de vue des œdèmes concomitants, il faut noter qu'ils sont beaucoup plus fréquents avec l'ascite qu'avec le kyste de l'ovaire. M. le professeur R. Tripier insiste sur ce point que, même avec une ascite peu abondante, on trouve d'habitude de l'œdème de la racine des cuisses, face interne ; que d'ailleurs cela s'explique facilement, l'épanchement de sérosité se produisant toujours aux parties les plus déclives. A tel point que chez les cardiaques alités, l'ascite précède souvent l'œdème des jambes.

Analyse du liquide. — Nous ne pouvons passer sous silence un procédé de diagnostic sur lequel on a fondé d'abord de grandes espérances. Nous voulons parler de la ponction et de l'analyse du liquide. Il est des cas, en effet, où la seule vue d'un liquide colloïde, plus ou moins coloré, visqueux, onctueux, etc., lèvera immédiatement tous les doutes. Mais dans les cas de grands kystes, le liquide peut être clair comme de l'eau de roche et non

albumineux, à moins d'inflammation ou d'épanchement sanguin.

Les caractères chimiques du liquide ne sont pas plus probants. Une substance, la paralbumine, a été d'abord considérée par Valdeyer comme caractéristique des kystes de l'ovaire. A peu près constante dans les kystes glandulaires, il peut n'y en avoir que des traces dans les kystes papillaires. M. Alfred Gonner (1) conclut d'une étude consciencieuse qu'il n'est point encore possible au moyen de la chimie de reconnaître sûrement le liquide d'un kyste ovarique. La réaction d'Hammersten (2) constitue un renseignement précieux mais n'est nullement pathognomonique. Une autre donnée, qui paraît plus positive, est tirée du chiffre des matériaux fixes des divers liquides.

D'après Méhu, s'il s'approche de 70 grammes par litre, on a sûrement affaire à un kyste ovarique. D'après Quénu (3), ce chiffre serait trop faible et devrait être élevé à 100. Il constituerait alors un signe de très grande probabilité.

La ponction et l'analyse du liquide pourront donc être d'une grande utilité sans que l'on puisse cependant leur demander des signes de certitude. Il faut d'ailleurs bien se rappeler que la ponction d'un kyste ovarique n'est pas toujours d'une complète innocuité et que l'on a vu souvent des accidents consécutifs se produire.

Nous croyons avoir, dans cet exposé déjà long, rappelé

(1) *Ein Beitrag für chemische diagnose der ovarial Flüssigkeiten.*

(2) *Zeitschreib. für physiol. Chemie* 1883.
Zetschr. für Geb. und Gyn., 1884.

(3) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1888.

tous les éléments principaux du diagnostic différentiel de l'ascite et du kyste de l'ovaire à grand développement.

KYSTE COMPLIQUÉ D'ASCITE. — Il faut cependant encore dire un mot des cas où l'ascite coexiste avec le kyste de l'ovaire. Cette complication paraît rare, puisque M. Terrillon (1), sur soixante-huit ovariectomies, ne l'a trouvée qu'une fois.

Elle pourra être révélée d'abord par la palpation qui pourra quelquefois permettre de percevoir une sorte de ballotement, si la tumeur n'est pas fixée, ou de sentir une masse résistante, alors que l'on déprime brusquement la paroi avec le doigt, de même que l'on peut arriver à sentir le foie augmenté de volume, malgré une ascite abondante.

La malade étant couchée sur un flanc on constatera que la ligne de matité est convexe dans l'autre flanc. On pourra arriver à limiter sous la paroi une masse dure et fluctuante, sûrement indépendante de l'ascite, et révélant un kyste, auquel la forme générale du ventre fera d'autre part songer.

Boinet (2) a pu, dans un cas, constater nettement un kyste en faisant coucher la malade, le bassin élevé plus haut que le thorax, de façon que le liquide reflue presque entièrement à la partie supérieure de l'abdomen. Enfin, si l'on se décide à faire une ponction évacuatrice de l'ascite soupçonnée, l'examen chimique du liquide retiré permettra de faire le diagnostic. Il est plus riche en matières fixes

(1) *Bull. Soc. chirurgie*, 1884 et 1886.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 1869.

que celui de l'ascite de la cirrhose (60 à 70 grammes par litre au lieu de 25, d'après Méhu) (1), et contient souvent des éléments cellulaires caractéristiques (Quénu). Après évacuation du liquide ascitique, la palpation prudemment conduite laissera reconnaître et délimiter exactement le kyste de l'ovaire.

PÉRITONITE TUBERCULEUSE. — La péritonite tuberculeuse ne revêt pas ordinairement la forme ascitique, avec épanchement considérable. Cependant, elle peut parfois (Hanot) (2) être la cause d'épanchements énormes, et donner lieu à de grandes difficultés de diagnostic.

On devra attacher une grande importance à l'état général de la malade, et ausculter minutieusement ses sommets. Car, si la loi de Louis n'est pas absolue, la constatation d'une tuberculose pulmonaire peut singulièrement aider au diagnostic.

L'état général est ordinairement mauvais, la face est altérée, amaigrie, le teint terreux. Les malades ont de la fièvre soit d'une façon continue, soit par accès quotidiens vespéraux. Guéneau de Mussy (3) a signalé l'existence fréquente de sueurs abdominales. Il y a des alternatives de diarrhée et de constipation. Le développement de l'abdomen ne se fait pas d'habitude sans douleurs. Celles-ci peuvent affecter la forme de véritables poussées de péritonite; le plus souvent ce sont des douleurs

(1) *Etude sur les liquides pathologiques de la cavité péritonéale* (Arch. de médecine, 1877).

(2) Congrès de la tuberculose (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1888, p. 425).

(3) Clinique médicale.

sourdes, gravatives, exaspérées par la pression de la main et plus encore par la cessation brusque de cette pression (Hémeu) (1).

L'examen de l'abdomen lui-même prête aux considérations suivantes :

Le ventre est d'ordinaire moins acuminé que dans un kyste, se rapprochant plus de la forme étalée de l'ascite. Mais à la palpation, il présente des bosselures, des irrégularités, un empâtement qui éveilleront l'attention. Ces bosselures, malgré leur apparence de corps solides, donnent à la percussion un certain degré de sonorité. Une palpation profonde permet de constater qu'elles donnent la sensation, « d'une pâte consistante » (Guéneau de Mussy).

On ne constatera presque jamais de transmission du flot également dans tous les sens et d'un côté à l'autre de l'abdomen, car il est rompu et arrêté par les brides, les adhérences qui unissent les anses intestinales entre elles et souvent à la paroi.

La percussion ne laissera pas constater de zones nettement délimitées de sonorité et de matité. Mais au contraire une irrégularité dans leur distribution réciproque, comparable à la disposition des cases noires et blanches d'un damier. Enfin, telle région mate à une percussion superficielle redeviendra sonore à une percussion plus profonde.

Quelquefois, la main appliquée un moment contre la paroi pourra sentir des frottements dus, soit aux mouvements de l'intestin, soit à des mouvements provoqués

(1) *Péritonite tuberculeuse*, thèse Paris, 1866.

par la respiration (cri intestinal de Guéneau de Mussy). C'est dans ce cas aussi que l'auscultation de l'abdomen pourra rendre des services en permettant d'entendre des frottements ou des gargouillements superficiels dans les anses intestinales.

Parfois, quoique rarement, on peut voir un certain degré d'exagération de la circulation veineuse superficielle. Jaccoud (1) insiste sur ce phénomène trompeur; d'après lui, les paquets membraneux et les intestins accolés peuvent faire office de tumeur et comprimer les veines iliaques et l'extrémité de la veine cave, de manière à produire un œdème colossal et fixe des membres inférieurs et de la paroi abdominale.

Dans un cas de notre maître M. Jaboulay, le ventre avait la forme saillante du kyste; à la partie médiane on trouvait à la palpation et à la percussion une masse résistante et mate, simulant absolument un kyste, et qui était due à des anses intestinales et à des fausses membranes agglutinées et adhérentes à la paroi.

Dans certain cas, donc, le diagnostic sera extrêmement difficile, et ce n'est que par une investigation prudente et complète que l'on arrivera à le préciser, en s'appuyant sur le mauvais état général de la malade.

Nous croyons avoir ainsi étudié les deux affections à liquide libre dans la cavité péritonéale, susceptibles de donner le change pour un kyste de l'ovaire à grand développement, adhérent au péritoine pariétal.

Nous avons à présent à nous occuper des affections à liquide enkysté, c'est-à-dire la péritonite enkystée, le

(1) *Traité de pathologie interne.*

kyste du mésentère, les kystes rétro-péritonéaux, l'hydro-néphrose, les kystes du pancréas.

Tout d'abord, il faut dire qu'avec ces affections le diagnostic aura rarement à se poser. Peu fréquentes par elles-mêmes, en effet, il est en outre très extraordinaire qu'elles arrivent à produire une collection liquide d'aussi grande importance que celles que nous avons en vue.

PÉRITONITE ENKYSTÉE. — L'hydropisie enkystée des parois de l'abdomen, hydropisie du péritoine, la péritonite enkystée de Dolbeau, décrite minutieusement par Morgagni (1), n'a pas toujours été considérée comme pouvant exister isolément. — Dance (2) croit que l'on a pris pour telle soit des kystes ovariens adhérents à la paroi et dans lesquels on arrive sans passer par la cavité abdominale, soit des ascites avec formation de cloisons isolant la plupart des viscères de la poche séreuse. Aussi Morgagni renonce à la distinguer de l'hydropisie ovarienne. — Cruveilhier (3) croit qu'on l'a presque toujours confondue avec les kystes ovariens.

Quoi qu'il en soit, on est obligé aujourd'hui de reconnaître l'existence de cette hydropisie.

Voici d'après Gallez (4) les caractères qu'on lui attribue :

1° Ventre jamais très volumineux, à forme évasée, jamais saillant, la tuméfaction est limitée, localisée ;

(1) Lettre trente-huitième.

(2) Dance et Husson : *Sur quelques engorgements et inflammations qui se développent dans la fosse iliaque droite.*

(3) *Anatomie pathologique générale.*

(4) *Loco cit.* page 228.

2° La tumeur se porte plus en dehors que l'ascite, provoque plus de gêne de la respiration, ne déplace pas les intestins qui sont placés au-dessus;

3° Se développe lentement;

4° Elle est toujours le résultat d'une péritonite; aussi doit-elle être soupçonnée quand on constate la présence de tumeurs abdominales qui déterminent un certain degré d'inflammation autour d'elles, d'où adhérences multiples et enkystement du liquide, douleurs que les antécédents interrogés accusent avoir existé en des points limités;

5° Dans l'hydropisie enkystée il y a état fébrile qui manque le plus souvent dans le kyste ovarique;

6° Percussion : matité dans un flanc, une augmentation de cette matité lorsque le décubitus a lieu sur ce côté. Sonorité dans l'autre flanc qui augmente par le même procédé (décubitus sur ce côté). Le double phénomène s'explique par la présence d'adhérences intimes qui empêchent le liquide de se porter vers la paroi abdominale;

7° Fluctuation facilitée par l'amincissement des parois abdominales, bornée, circonscrite, superficielle, toujours obtenue dans les mêmes points;

8° Cette hydropisie est parfois enkystée dans plusieurs cellules séparées les unes des autres par des dépressions sensibles, et placées spécialement sous la peau de l'abdomen;

9° Cette collection peut être volumineuse, peser jusqu'à douze livres dans le cas cité par Joslin (1);

10° Pour assurer le diagnostic on peut, comme le

(1) *Adventitious fibroid. sac in abdomen. American Journal of sc. med.* 1869.

recommande Dolbeau (1), pratiquer une ponction qui éclaire sur la nature du liquide qui est rarement brunâtre visqueux dans l'hydropisie enkystée.

On voit d'après ce qui précède que le diagnostic est loin de devoir être toujours commode. Nous insisterons surtout sur la rareté, le volume généralement inférieur (dans les cas qui nous occupent), l'état légèrement fébrile, le début moins insidieux, enfin les résultats fournis par le toucher et la palpation bimanuelle permettant parfois de constater l'origine extra-ovarique de la tumeur.

KYSTES DU MÉSENTÈRE (2). — Extrêmement rares, ceux-ci ne nous arrêteront pas. — D'après Duret (3) on peut leur reconnaître comme signes :

1° Début sur la ligne médiane dans la région péri-ombilicale;

2° Grande mobilité de la tumeur surtout dans le sens transversal ;

3° A la percussion, zone de sonorité sur la partie antérieure et au-dessous de la tumeur ;

4° A l'auscultation, gargouillement des anses intestinales placées en avant d'elle.

D'après M. Léon Gallez (4) le kyste ovarien refoule derrière lui les intestins tandis que le kyste du méSENTÈRE y est englobé. La matité de celui-ci est relativement étroite sur la ligne médiane; on constate de la sonorité

(1) *Gaz. hebdomadaire*, 1860.

(2) Augagneur, *Gazette des hôpitaux*, 1886.

(3) *Journal de médecine*, Lille, 1890.

(4) *Diagnostic des tumeurs du ventre*.

dans le bassin, ce qui n'a jamais lieu avec un kyste de l'ovaire.

Le diagnostic est néanmoins malaisé et M. C.-H. Carter (1) décrit un cas où l'erreur fut commise.

HYDRONÉPHROSE. — L'hydronéphrose acquiert parfois un tel volume qu'elle peut simuler un kyste de l'ovaire.

C'est une tumeur qui se développe lentement et sans douleur. Il n'y a souvent aucun trouble du côté de la sécrétion urinaire. Cause quelquefois de dystocie fœtale, il est rare qu'à l'âge adulte elle atteigne un volume susceptible de provoquer la confusion avec un kyste ovarique à grand développement. On devra s'appuyer surtout sur son début nettement dans la région rénale. La région lombaire est augmentée de volume, quelquefois douloureuse. Elle est mate à la percussion, l'intestin étant repoussé en avant, tandis qu'elle est généralement sonore (2) dans les kystes de l'ovaire, l'intestin étant refoulé en arrière. Le signe de Spencer Wells, interposition du côlon entre la tumeur et la paroi, conserve son importance. On a conseillé (Simon) pour le mettre mieux en évidence de distendre le côlon, soit par des lavements effervescents, soit par l'insufflation.

Si l'on se décide à la ponction, souvent dangereuse, l'examen chimique du liquide fournira d'utiles renseignements. Il est vrai que l'urée peut exister dans les kystes ovariens. Mais, fait très important, le liquide de l'hydronéphrose conserve toujours tous les caractères de l'urine,

(1) *Brit. med. journal*, 1883.

(2) Albert, *Diagnostik der chirurgischen krankheiten*.

avec seulement diminution de la proportion des sels fixes.

Ajoutons que, comme toutes les tumeurs rénales, l'hydronéphrose ne participe pas aux mouvements du diaphragme. Cependant Guttman (1) cite un cas où une hydronéphrose droite suivait les mouvements du foie.

KYSTES DU PANCRÉAS. — Le kyste du pancréas est une affection très rare, mais qui peut parfois acquérir un volume considérable, le Dr Bozeman (2) cite un cas où la tumeur pesait 20 livres 1/2. La marche peut être très lente. Il peut être confondu avec un kyste ovarique comme le prouvent les observations de Salzer (3), Zükowski (4), Lücke et Klebs (5). Le diagnostic devra surtout se baser sur ce fait que la tumeur débute généralement après un traumatisme quelconque de la région épigastrique ; son développement s'accompagne de crises douloureuses, d'habitude apyrétiques. On peut ordinairement trouver une zone sonore entre les limites inférieures de la tumeur et le pubis. Enfin et surtout, on s'assurera par l'interrogatoire que la tumeur a débuté par la partie sus-ombilicale de l'abdomen. En outre, ainsi que le signale M. Schwartz (6), l'utérus reste mobile, ce qui n'arrive pas pour le kyste ovarique.

(1) *Berl. klin. Woch.* 1888.

(2) *Medical Record*, 1882.

(3) *Zur diagnostik der pancreascyste. Prager zeitschreib. f. Heilk.* 1886.

(4) *Grosse, Cyste des pancréas*, 1882.

(5) *Beitrage zur Ovariot.* *Virchow archiv.* t. XLI.

(6) *Semaine médicale*, 1893.

La ponction est très dangereuse, mais elle donnerait de très utiles renseignements par l'analyse chimique du liquide et la constatation de la présence du ferment pancréatique. Néanmoins il y a des cas, comme celui cité par W. Osler (1), où la tumeur remplissant tout l'abdomen, le diagnostic restera obscur jusqu'à l'intervention chirurgicale.

DILATATION DE L'ESTOMAC. — Nous ne citons que pour mémoire la possibilité de confondre l'estomac énormément dilaté avec un kyste ovarique. Un examen méthodique et soigneux doit certainement faire éviter cette erreur. Elle a cependant été commise, et M. W. Osler (2) en cite un cas curieux de Reeves-Jackson pour lequel la photographie de la malade jointe à l'observation permet de mieux comprendre que la confusion ait pu se produire, par suite de l'idée préconçue que l'aspect de la malade avait dû faire naître. Mais comme W. Osler l'ajoute lui-même, rien ne peut être confondu avec l'estomac dilaté, si l'examen est systématique et complet.

Ayant ainsi terminé ce qui a trait au diagnostic différentiel du kyste ovarique, du moins pour quelques cas plus importants, nous ajouterons un mot au sujet du diagnostic des adhérences.

DIAGNOSTIC DES ADHÉRENCES. — Le diagnostic des adhérences du kyste avec la paroi abdominale antérieure, ou même de la symphyse kysto-pariétale complète est très important à plusieurs points de vue.

(1) *Diagnosis of abdominal tumors*, 1894.

(2) *loco citato*.

En premier lieu, sous le rapport de l'intervention, il est bon de prévoir cette complication afin de n'être pas surpris par les difficultés opératoires qu'elle entraîne, pour ne pas risquer par exemple, comme nous l'avons cité plus haut, de séparer le péritoine pariétal de la paroi, croyant en détacher le kyste.

Enfin, nous verrons plus loin que dans le cas de kyste de très grand volume, adhérent, le pronostic opératoire est plutôt éclairci qu'assombri par la présence des adhérences.

Tel n'était pas l'avis des auteurs anciens qui en faisaient au contraire une contre-indication formelle à l'intervention. Ainsi Gallez (1) dit qu'une division importante est celle qui consiste à distinguer les kystes en kystes mobiles et kystes adhérents ; l'indication de l'ovariotomie se basant presque tout entière là-dessus.

On s'est donc beaucoup préoccupé de reconnaître les adhérences avant l'ouverture de l'abdomen. Un grand nombre de signes ont été indiqués, que nous étudierons plus loin ; mais Gallez (2) qui les énumère termine par cette réflexion découragée : « Le meilleur clinicien peut être trompé, » et Blot (3) avoue qu'il est pour ainsi dire impossible d'établir ce point de diagnostic. Tout en reconnaissant la très grande difficulté qu'il présente, il semble que l'on peut s'entourer d'un tel nombre de signes de probabilité qu'ils équivalent presque à la certitude.

Tout d'abord il faut poser en principe la grande fré-

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.* p. 262.

(3) *Gaz. des hôpitaux*, 1870.

quence des adhérences qui existeraient trois fois sur quatre, d'après Gallez. Ceci s'explique facilement, si l'on songe que, « lâches ou serrées (1), comme toutes les adhérences des séreuses, elles témoignent toujours d'une inflammation qui s'est produite à un moment donné à la surface de ces membranes. D'où l'on comprend que tous les traumatismes accidentels ou même chirurgicaux soient susceptibles de les produire. » D'autre part dans le même article, Boinet constate que peu de kystes atteignent un volume considérable sans être atteints d'une inflammation qui est toujours plus ou moins fâcheuse, car elle ne se borne pas à la face interne, elle affecte aussi la surface externe, où elle produit avec les organes adjacents des adhérences.

On est donc autorisé à admettre celles-ci quand la malade a éprouvé antérieurement des douleurs ou des crises douloureuses plus ou moins violentes. Cependant dans une observation de Boinet (2) et dans une autre de Desgranges (3) on ne trouva pas d'adhérences quoique les troubles fonctionnels les aient fait prévoir.

Au point de vue des signes objectifs, on s'est surtout basé, soit sur la mobilité de la tumeur, soit sur la mobilité de l'ombilic. Le premier signe est difficile à apprécier quand la tumeur a acquis un grand volume. Cependant, on pourra constater qu'elle est plus ou moins mobilisée par les mouvements respiratoires.

La mobilité de la peau et de l'ombilic a plus d'import-

(1) Boinet, *Dict. encyclopédique*.

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 1858.

(3) *Ibid*, 1867.

tance. Elle peut être mise en évidence soit en faisant faire à la malade de grandes respirations tandis qu'on tient la main exactement appliquée sur l'abdomen, soit encore en lui faisant accomplir des mouvements alternatifs de flexion et d'extension du tronc. Inversement on pourra chercher à mobiliser sur le plan sous-jacent la paroi de l'abdomen. Cette manœuvre permettra souvent de percevoir des frottements, une sorte de « bruit de cuir neuf » indiquant que deux surfaces glissent l'une contre l'autre. Ces frottements, témoins d'un certain degré d'inflammation, ne seront pas incompatibles avec des adhérences, mais celles-ci seront encore certainement lâches et incomplètes. Nous laisserons de côté les procédés agressifs de Graily-Hewitt, de Bird, pour rappeler que de Haën « croyait qu'il n'existait pas d'adhérences quand on apercevait, dit-il, sensiblement au toucher la fluctuation de l'eau épanchée, à la distance d'un travers de doigt entre la tumeur et le péritoine ». Cela demande une certaine finesse du palper chirurgical. Mais, et c'est l'avis formel de notre maître, M. Jaboulay, il est certain que la superficialité de la sensation de flot a une grande importance. A tel point que lorsque avec la saillie antérieure du ventre propre aux kystes de l'ovaire et d'autres signes de cette tumeur coexiste une sensation de flot nette, étendue et superficielle, il faut diagnostiquer fermement, non seulement kyste de l'ovaire, mais kyste adhérent au péritoine pariétal. A plus forte raison devra-t-on soutenir cette opinion si l'on peut voir à travers la paroi et se communiquant à elle les ondulations imprimées au liquide par la percussion.

C'est donc surtout sur ce symptôme, coexistant avec des poussées inflammatoires précédentes, que l'on devra

s'appuyer pour diagnostiquer les adhérences antérieures d'un kyste de l'ovaire.

Ajoutons que tout kyste ponctionné, une ou plusieurs fois, est certainement adhérent, au moins dans les points où les ponctions ont été faites.

Nous nous occuperons au chapitre des kystes rétro-péritonéaux des adhérences profondes, viscérales, beaucoup plus difficile à reconnaître.

CHAPITRE VI

Traitement et son pronostic.

D'après tout ce qui précède, nous avons vu qu'aujourd'hui ni le volume d'un kyste, ni ses adhérences antérieures ne peuvent être considérés comme des contre-indications à l'intervention.

Actuellement, les ponctions comme moyen curatif, les injections irritantes iodées ou autres sont bien abandonnées. Le vrai traitement est l'ovariotomie.

L'étude de la technique de cette opération ne rentre pas dans notre cadre. Disons seulement qu'une incision de 15 ou 18 centimètres suffit le plus souvent. Parfois, cependant, on se voit obligé de la prolonger « de l'appendice xyphoïde au pubis » (Pozzi).

Pour ce qui est du détachement des adhérences antérieures, les uns se contentent d'inciser doucement, couche par couche, jusqu'à arriver sur la paroi kystique. Ceci fait on insinue peu à peu ses mains par la plaie abdominale

en rompant au fur et à mesure les adhérences par une sorte de grattage. Mais parfois le péritoine pariétal est intimement soudé au kyste. Leur point de séparation est difficile à reconnaître. Aussi certains opérateurs (Duret)(1) conseillent d'agrandir par en haut l'incision jusqu'à tomber au delà des limites du kyste. On dégage alors celui-ci de ses adhérences, d'avant en arrière, par l'action répétée du bord cubital de la main.

A un autre point de vue, les uns commencent par ponctionner le kyste avant de le dégager; les autres, au contraire, cherchent à l'énucléer tout entier sans l'ouvrir. — On devra surtout se guider pour cela sur le volume du kyste, la tension de son contenu, et les craintes que l'on peut avoir de le rompre involontairement et d'en voir le contenu se répandre dans la cavité abdominale.

La tumeur une fois extraite, s'il n'est tombé dans le péritoine aucun liquide septique, il faut bien se garder d'en faire le lavage. Il faut se contenter d'en faire une toilette attentive et d'en éponger soigneusement les culs-de-sac.

Dans le cas où quelque accident ferait redouter la contamination du péritoine, on en ferait le lavage. — Dans ce cas, le liquide qui conviendra le mieux à sa toilette sera celui (2) qui sans introduire de micro-organismes, et en entraînant ceux qui y seront tombés, se montrera le plus inoffensif pour les cellules endothéliales. L'eau bouillie tiède remplira au mieux toutes ces indications.

(1) Duret, observ. II.

(2) Achalme et Courtois suffit. *Gazette des hôpitaux* 1890. (*Du rôle des microbes dans l'étiologie et l'évolution des péritonites aïguës.*)

Nous ne dirons rien du traitement du pédicule, ni de la façon de suturer les parois abdominales.

L'opération, proprement dite, terminée heureusement, la complication la plus fréquente, celle qu'on redoute le plus, qui faisait la terreur des chirurgiens, c'est sans contredit la péritonite. Il est certain que quelles que soient les précautions prises, ou la voit parfois éclater sans qu'on puisse accuser aucune erreur, aucune faute dans la technique opératoire.

Il semble évident, lorsque l'on compulse un certain nombre d'observations de grands kystes adhérents, que cet accident est plus rare dans ces cas-là, qu'avec les kystes les plus simples.

Nous avons déjà trouvé cette opinion dans le chapitre de l'historique. Clay, Butcher l'ont émise tout au long, en la basant sur la diminution de susceptibilité du péritoine.

Plus récemment, le Dr Jentzer (1), à propos de l'ovariotomie pratiquée deux fois sur la même malade, dit : « Sur 76 cas dont l'issue est connue, nous enregistrons 68 guérisons et 8 morts, soit 10,52 0/0 de mortalité. Nous pouvons donc émettre l'opinion qu'une deuxième ovariectomie donne des résultats aussi bons, peut-être meilleurs que ceux obtenus dans la première opération.

« La bénignité de la laparotomie répétée nous paraît résulter du fait qu'après une opération abdominale, le péritoine subissant un certain degré de prolifération de son tissu conjonctif s'épaissit et qu'il a par cela même des

(1) Ex-professeur de gynécologie opératoire, Genève (*Arch. de Tocologie*, 1889).

dispositions moins grandes à l'inflammation, que sa facilité de résorption des matières septiques est diminuée. »

Dans une observation publiée la même année (observation XIV) où la malade avait éprouvée avant l'opération deux fortes poussées de péritonite, le docteur Jentzer nous montre la guérison rapide, par première intention, survenant malgré la chute dans le péritoine de quelques gouttes du contenu du kyste.

On sait bien, aujourd'hui, que la péritonite aiguë consécutive à une intervention est plutôt effet que cause de la septicémie, et que celle-ci est bien plutôt due à la résorption par le péritoine de produits septiques stagnant dans sa cavité.

Or, nous avons insisté au chapitre de l'anatomie pathologique sur les transformations subies par la séreuse péritonéale, sur la véritable sclérose de son tissu conjonctif sous-séreux.

Normalement les membranes séreuses sont disposées pour l'absorption. La plèvre possède cette propriété à un haut degré ; d'après Magendie (1) elle absorberait plus rapidement encore que le péritoine. Voici cependant ce que dit à son sujet, à propos des intoxications par la plèvre, le professeur agrégé L. Bouveret (2). Nous ne pouvons mieux faire que de le citer in-extenso : « Lorsque l'inflammation suppurative a duré longtemps et que l'empyème tend à devenir ou est déjà devenu chronique, la plèvre est épaissie, couverte de néo-membranes et l'inflammation scléreuse a même envahi le tissu conjonctif sous-pleural. Les voies lymphatiques sont plus ou moins

(1) Leçons sur les phénomènes physiques de la vie.

(2) *Traité de l'empyème*, p. 282.

oblitérées et c'est là une condition peu favorable à l'absorption. Aussi la septicémie de l'empyème chronique est-elle une septicémie lente. Enfin dans certains empyèmes décrits sous le nom assez impropre d'empyème bénin, il semble que la membrane dense, épaisse et scléreuse qui enkyste la collection purulente ait réellement perdu toute propriété d'absorption, car les symptômes septicémiques peuvent pendant un temps plus ou moins long faire complètement défaut.

« Ces distinctions étaient nécessaires, elles éclairent l'histoire des intoxications par la plèvre. Chez certains malades, les phénomènes toxiques apparaissent très rapidement, même après un seul lavage de la plèvre, tandis que chez d'autres opérés on peut impunément faire circuler dans la cavité suppurante de grandes quantités de solutions antiseptiques.

« Telle était une malade de M. Dujardin-Baumetz dans la plèvre de laquelle on injecta par erreur 130 grammes de laudanum sans que cette injection fût suivie d'aucun symptôme de narcotisme. »

Ces considérations ne semblent-elles pas pouvoir s'appliquer logiquement et même *a fortiori* au péritoine. Rien ne paraît pouvoir s'y opposer. — C'est toujours l'éternelle question du terrain qui renaît, sous une forme un peu détournée.

Les phénomènes infectieux consécutifs à une grande intervention abdominale, dépendent non seulement de la nature du microbe pathogène, de la quantité des germes infectants, de la virulence des germes infectieux, mais aussi de l'état de réceptivité, pour ainsi dire, de la membrane sur laquelle ils tombent.

C'est, croyons-nous, par suite de l'atténuation de cette réceptivité du péritoine que l'on peut affirmer que le pronostic opératoire des kystes de l'ovaire à grand développement, adhérents au péritoine pariétal, est d'une grande bénignité relative.

C'est ainsi que sur sept observations de notre maître M. Jaboulay, il n'y a eu à déplorer aucune mort. De même, M. le professeur Pollosson a bien voulu nous dire que, sur onze femmes opérées par lui, il n'en avait perdu qu'une, par suite d'accidents opératoires.

CHAPITRE VII

Kyste rétro-péritonéaux

Il est une variété de kystes de l'ovaire qui, par les symptômes, la marche, les connexions, se distingue nettement de ceux que nous venons d'étudier.

Au lieu que ceux-ci, intra-péritonéaux, pédiculés, se développent dans la grande cavité abdominale, troublent peu au début la santé générale, adhèrent rapidement à la paroi antérieure, tout en n'ayant que peu ou pas d'adhérences profondes, ceux dont nous voulons parler à présent ont un siège particulier sous, ou mieux, rétro-péritonéal.

Susceptibles d'acquérir également un grand volume ils adhèrent moins fréquemment à la paroi abdominale antérieure, tandis qu'au contraire, leurs adhérences profondes, viscérales ou autres sont tenaces, résistantes et mettent ordinairement un obstacle infranchissable à l'extirpation totale.

Anatomie pathologique. — Au point de vue anato-mo-pathologique toutes les espèces de kystes paraissent

pouvoir prendre cette marche. On en cite de papillaires, de glandulaires, de dermoïdes. Les plus fréquents sont les kystes papillaires. Ces kystes, soit par suite de leur point de départ au niveau du hile de l'ovaire, soit par suite d'un développement semi-hétérotopique (Pozzi) ou d'une prédisposition congénitale, s'enfouissent sous le péritoine après avoir parfois dédoublé le ligament large. Mais ce qui les distingue nettement au point de vue anatomique des kystes parovariens, est l'indépendance de l'ovaire d'avec ceux-ci, et sa fusion avec la tumeur pour les kystes ovariens.

Quoi qu'il en soit, ces kystes cheminent sous le péritoine dans les interstices cellulaires, parfois très loin de leur point d'origine. « A gauche la tumeur peut dédoubler le mésocolon iliaque et se mettre en contact avec l'os iliaque. A droite la poche peut s'avancer jusqu'au cœcum. Elle peut aussi, dépassant ce point, s'avancer dans le mésentère jusqu'au rein, jusqu'au foie, et jusqu'au diaphragme.

Zweifel (1) a opéré un kyste dermoïde rétro-péritonéal qui avait cheminé en arrière de la séreuse, « par un travail de taupe », de manière à aller emprunter des vaisseaux au pancréas. Le rein gauche déplacé dut être extirpé (guérison). En avant, le cul-de-sac vésico-utérin est quelquefois soulevé; la vessie tiraillée par lui et par l'ouraque s'allonge alors énormément sous la forme d'un boyau que l'opérateur est exposé à blesser.

Latéralement, les masses kystiques, en s'infiltrant sous le péritoine, entre lui et l'aponévrose pelvienne, et même jusque dans la fosse iliaque, compriment l'uretère et sont

(1) *Soc. obstetrics de Leipzig* 1887.

une cause très fréquente d'altération des reins. Ce sont les kystes papillaires et les kystes glandulaires de la variété aréolaire et gélatineuse, qui donnent lieu aux migrations rétro-péritonéales les plus étendues et les plus graves, d'autant plus qu'à l'inverse des kystes parovariens hyalins, ces tumeurs adhèrent fortement aux parties voisines et sont très difficiles, ou parfois impossibles à énucléer (Pozzi) (1).

Symptomatologie. — La symptomatologie est tout entière basée sur ces connaissances anatomiques. Les kystes de cette nature, comme toutes les tumeurs bridées contre le plancher pelvien, doivent à leur situation de croître avec plus de lenteur, et aussi d'occasionner dès leur début divers troubles de compression.

Celui sur lequel nous devons le plus insister est l'œdème précoce des membres inférieurs, par suite de la compression des veines iliaques. Ce sera là un des meilleurs signes diagnostiques du début de la tumeur. A côté de lui se placent les compressions du rectum, avec gêne de la défécation et faux besoins d'aller à la selle; de la vessie, avec ténesme, dysurie, quelquefois incontinence d'urine.

On peut aussi voir se produire des douleurs névralgiques plus ou moins violentes dues à la compression des nerfs dans leur trajet intra-abdominal.

Tous ces phénomènes sont très particuliers à cette variété de kyste, et certainement devront, dès le début de l'examen, attirer l'attention de l'observateur.

L'examen objectif par le toucher, la palpation bimanuelle, même sous l'anesthésie, sera d'une très grande

(1) *Loco citato*, page 726.

utilité; en particulier le toucher rectal pourra donner de précieuses indications.

Il faut noter aussi que dans le cas de cette sorte de tumeur, la forme du ventre n'est pas la même; l'abdomen est loin d'être aussi proéminent que pour les kystes ordinaires.

D'autre part, les anses intestinales, au lieu d'être repoussées en arrière, seront au contraire rejetées en avant, et on arrivera à les sentir entre la tumeur et la paroi abdominale. Dans ces conditions, souvent la région lombaire pourra être plus ou moins mate, comme dans l'hydronéphrose, que d'autres signes il est vrai feront écarter. Signalons cependant que c'est surtout dans ces cas que l'on pourra trouver d'une façon concomitante de la dilatation des calices et du bassinnet par compression des uretères.

Tout en ayant, comme nous l'avons dit, un développement plus lent, ces kystes rétro-péritonéaux menacent plus vite la vie de la malade, par suite des troubles précoces et graves de la santé générale qu'ils entraînent.

Cependant on doit le plus longtemps possible se borner à un traitement palliatif; car il faut bien se rappeler que l'extraction totale de la poche sera le plus souvent impossible. On devra ordinairement se contenter, après incision de la poche kystique, de la vider et de la nettoyer soigneusement et de fixer aux lèvres de la plaie abdominale les bords de la poche dont l'arrière-fond n'a pu être détaché. C'est surtout à cette variété de kystes qu'est appliquée l'opération réglementée sous le nom de marsupialisation.

A ce propos, insistons sur ce fait, que la poche une fois

fixée, il se faut bien garder d'en cautériser la face interne soit au fer rouge, soit au perchlorure de fer, comme on l'a fait parfois. On ne fait par là que provoquer une violente réaction inflammatoire, que créer des surfaces cruentées plus ou moins étendues, propices à une résorption active des produits septiques contenus dans la cavité kystique. — Il faut se contenter de bourrer la poche de gaze iodoformée ou autre et d'assurer l'issue des produits de suppuration.

Il faut malheureusement ajouter que ce n'est là qu'un pis aller. La poche ne se cicatrise pas. La suppuration est intarissable. La malade se trouve placée dans des conditions vraiment épouvantables, et généralement, dans un délai d'environ deux ans, meurt par épuisement, dégénérescence amyloïde des reins et du foie, en conséquence d'une trop longue suppuration.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

OBSERVATION I

M. Dayot fils, de Rennes

Extrait des *Archives provinciales de Chirurgie*, septembre 1889

Aimée Moît..., âgée de 47 ans, demeurant à Camp..., arrondissement de Redon, a le ventre gros depuis trois ans. Le D^r Chesnais (de Baulon) a prévenu le père que sa fille ayant un kyste dans l'ovaire ne guérirait que par une opération ; la malade et sa famille ne voulurent pas entendre parler d'une semblable intervention. La tumeur ayant pris de très grandes proportions et menaçant par son extrême volume de mettre rapidement fin aux jours d'Aimée M..., M. Dayot est prié de donner son avis sur l'opportunité d'une ovariectomie.

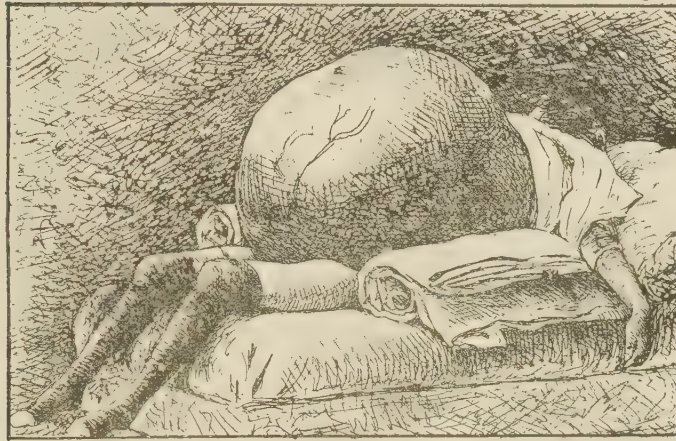
Le ventre est considérablement distendu et présente des dimensions énormes. Au niveau de la partie la plus saillante sa circonférence est de 4 m.80. Un ruban métrique mené de l'appendice xyphoïde à la symphyse pubienne en suivant la ligne blanche, donne 0.90 centimètres

La peau, distendue, amincie et luisante, présente un riche réseau veineux qui se continue sur la région lombaire et la circonférence du thorax. Le tronc se trouve ainsi sillonné de traînées bleuâtres, formant une sorte de filet à mailles très élégantes. Quelques veines sous-cutanées abdominales ont la grosseur du petit doigt et semblent logées dans les sillons creusés dans la paroi du ventre.

La cicatrice ombilicale a disparu. Cet énorme ventre proémine dans tous les sens ; très tombant quand la malade est debout, il masque encore, quand elle est couchée, toute la partie

supérieure des cuisses. La tumeur, par le fait de son grand développement s'est introduite dans la base du thorax, dont la circonférence très élargie, se trouve tout à fait déjetée en dehors.

La fluctuation est des plus évidentes et se perçoit sur une grande étendue de la tumeur ; on obtient facilement le phénomène du flot, comme dans une ascite. La matité est absolue dans toute l'étendue du ventre ; il n'existe de sonorité que dans la région lombaire droite.



La palpation et la percussion, appliquées au thorax, permettent de se rendre facilement compte du degré de refoulement du diaphragme et des organes thoraciques. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal. Le bord supérieur du foie atteint ce même espace. La sonorité thoracique n'existe plus en arrière et en bas ; la respiration ne s'entend plus dans la partie inférieure de la poitrine.

La malade mange très peu, ses digestions sont pénibles ; elle vomit de temps en temps ; sa constipation est habituelle. Ses mictions sont fréquentes, mais l'urine est très peu abondante ; il n'y a pas d'albumine. La marche est très pénible ; le moindre mouvement entraîne à sa suite de l'essoufflement. Le pouls est petit, fréquent (120), la température normale. L'amaigrissement est très considérable et le facies présente, avec son extrême

maigreur, et la teinte légèrement bleuâtre des pommettes et des lèvres un état de souffrance des plus accusés. M. Dayot reconnaît, comme son confrère qui a d'ailleurs suivi l'évolution de l'affection que cette fille a un kyste de l'ovaire, avec une très grande loge : mais son diagnostic en reste à peu près là, tout en pensant cependant qu'il doit exister des adhérences, étant donné le grand volume de la tumeur. Il propose une opération dont il ne peut dissimuler la gravité et les difficultés possibles, parce qu'il considère cette intervention comme le seul moyen de sauver la malade, qui se trouve vouée à brève échéance à une mort certaine.

La malade se décide à entrer à l'hôpital où son arrivée cause la surprise et l'épouvante.

Opération le 8 septembre 1894. Incision de 45 centimètres dans la région sous-omblicale 15 litres environ de liquide ascitique dans la cavité abdominale. Le kyste est très adhérent à la paroi abdominale. Ponction du kyste avec un trocart de moyen calibre ; issue d'un liquide épais, filant de coloration brunâtre on est obligé à plusieurs reprises d'arrêter l'écoulement du liquide par la suite de l'état syncopal de la malade. L'évacuation, faite très lentement, a duré une grande heure et donné 60 litres de liquide.

On pratique ensuite très laborieusement la décortication du kyste avec les doigts, les ciseaux, le bistouri, qui sert parfois à disséquer la paroi du kyste, véritablement fusionnée avec la paroi abdominale.

Les adhérences existent dans toute l'étendue de la paroi antéro-latérale de l'abdomen. L'épiploon adhérent est réséqué. Il n'existe pas d'adhérences viscérales, pas d'adhérences à la cavité pelvienne. Le kyste se trouvant isolé en bas et en arrière par l'ascite. Cette décortication entraîne un suintement sanguin assez abondant, qui se produit sur toute l'étendue de la paroi abdominale, et se fait en nappe. La décortication, faite aussi promptement que possible a duré cependant près de trois quarts d'heure. Ligature en chaîne du pédicule préalablement écrasé avec une forte pince etc... Pansement très compressif. L'opération a duré deux heures et demie.

A partir du cinquième jour après l'opération l'état général devient définitivement meilleur malgré un peu de congestion

pulmonaire... Le vingt-cinquième jour la malade sort de l'hôpital guérie.

En avril 1892 elle est méconnaissable tant son aspect est transformé, et tant elle a l'air grande et forte. En mars 1893 l'opérée est toujours en excellente santé.

En résumé opération suivie de succès d'une tumeur ovarique pesant environ 90 kilog. tandis que le poids de la jeune fille qui la portait était à peine de 30 kilog.

OBSERVATION II

Enorme kyste de l'ovaire du poids de 40 kilog. Adhérences totales à la paroi antérieure. Procédé opératoire particulier. — Opération faite par M. Duret de Lille. — Observation recueillie par M. Monestie, interne des hôpitaux, et publiée dans le *Journal des sciences médicales de Lille*, 10 février 1894.

Irma T..., âgée de 57 ans, entrée à l'hôpital pour une énorme tumeur au ventre. Tumeur remontant à 1890, ponctionnée huit fois. A son entrée à l'hôpital le ventre est énorme. Cette femme, dont le sommeil est excellent, dont l'appétit est bon, dont toutes les fonctions s'accomplissent normalement, qui n'a jamais éprouvé que de légères nausées, dont l'état général est satisfaisant, quoique elle ait un peu maigri, demande à être délivrée de la masse énorme qui l'empêche de travailler.

Circonférence 1 m. 43. Quand la malade est couchée, la limite inférieure descend jusqu'au tiers inférieur des cuisses. Du côté du thorax, tout est dilaté, l'appendice xyphoïde est fortement soulevé. Le tégument présente de nombreuses veinosités. Des anastomoses multiples faisant communiquer la veine sous-cutanée abdominale avec la mammaire interne y sont nettement dessinées. La paroi est œdématiée en bas : on trouve aussi un peu d'œdème des malléoles, surtout le soir. Toute la masse est absolument mate; en haut il n'existe que la sonorité thoracique. Si l'on fait coucher la malade sur le flanc, la sonorité apparaît dans le flanc opposé, seulement en arrière de la ligne axillaire.

On a la sensation de flot dans tout le ventre, avec une sonorité parfaite. Pourtant la palpation révèle une poche fortement tendue. Elle a une forme sphéroïdale, saillante sur la ligne

médiane, aplatie sur les flancs. L'ombilic est complètement déplissé et saillant. Du côté gauche, à mi-chemin de l'ombilic et de l'épine iliaque antéro-supérieure, on sent une masse indurée, de la largeur de la main, qui correspond au siège de ponctions.

Par le toucher, on reconnaît que le col est petit, situé en arrière. L'utérus est en antéflexion. Dans le cul-de-sac antérieur on trouve aussi des bosselures; la sensation de flot n'y est pas perceptible.

Incision de 10 centimètres sur la ligne médiane, qui fait pénétrer directement dans le kyste par suite de la symphyse kysto-pariétale. Aussi M. Duret prolonge-t-il l'incision jusque près de l'appendice xyphoïde. Dans les lèvres de l'incision on aperçoit le péritoine normal, mais seulement jusqu'à quelques centimètres au-dessous de l'appendice. Le chirurgien crée là une ouverture suffisante pour passer la main et contourner la paroi postérieure du kyste... L'adhérence est ancienne, solide, fibreuse, saigne peu et répond à la vaste surface antérieure de cet abdomen énormément distendu. Au niveau de la région où les ponctions ont été faites, la solidité des adhérences est telle que de larges portions de la paroi du kyste restent fixées; on les extirpe plus tard aux ciseaux courbes. Quelques adhérences postérieures. Pédicule épais et membraneux de 8 à 10 centimètres de largeur.

L'extirpation opérée, grand lavage du péritoine, suture à trois places, pansement à l'iodoforme.

Soirée excellente, pas de vomissements, presque pas de douleurs. La nuit est bonne, la journée du lendemain aussi. Dix-sept jours après l'opération, la malade se lève. Le vingt-neuvième jour elle quitte l'hôpital guérie.

OBSERVATION III

Publiée par M. Desbonnets, dans le *Journal des sciences médicales de Lille*, 16 juin 1894.

La nommée Th... Marie, âgée de 21 ans, entre à l'hôpital de la Charité le 12 janvier 1894, pour se faire opérer d'une énorme tumeur au ventre. Cette jeune fille, réglée pour la première fois

à l'âge de 13 ans, a vu à 16 ans ses époques interrompues pendant environ huit mois. On ne note rien autre dans ses antécédents.

Elle a commencé à s'apercevoir que le ventre grossissait au mois de mars 1893. C'était surtout par le haut, dit-elle, que le ventre augmentait de volume. En août une ponction fut pratiquée par M. le Dr Poulain, de Saint-Omer, qui retira environ huit litres d'un liquide d'abord rose, puis couleur marron, clair, peu épais, donnant une mousse abondante. Au bout de deux mois, le ventre a commencé à grossir. Pendant ce temps-là, les règles ont toujours été régulières, abondantes, d'une durée de cinq à six jours. Jamais de troubles ni du côté des voies urinaires, ni du côté des voies digestives.

A l'inspection le ventre paraît distendu dans toute sa hauteur, depuis le pubis jusqu'à l'appendice xyphoïde ; il est soulevé dans la région ombilicale qui est entièrement déplissée et dans les flancs ; les hypocondres droit et gauche paraissent aussi soulevés de telle sorte que la dilatation de l'abdomen est égale dans tous les sens. Circonférence de l'abdomen à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic, 95 ; distance du pubis à l'appendice xyphoïde, 41.

La palpation indique partout une masse élastique résistante, sans dureté d'aucune sorte ; la sensation de flot est très nette dans tous les sens.

La percussion ne révèle de sonorité que très haut dans l'abdomen, à partir de trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde sur la ligne médiane ; à quatre travers de doigts au-dessus du rebord des fausses côtes, au niveau de la ligne mammaire et de la ligne axillaire : à gauche il faut aller jusqu'à la ligne scapulaire pour trouver un peu de sonorité. Les zones de sonorité et de matité ne se modifient pas par les déplacements du tronc.

Le toucher vaginal indique que la tumeur bombe dans le cul-de-sac antérieur ; le postérieur est au contraire effacé. L'utérus est repoussé en masse en arrière. Diagnostic : énorme kyste de l'ovaire. L'opération est pratiquée le 15 janvier par M. le Dr Duret. Rien à signaler dans les suites opératoires. La guérison marche rapidement, et le 10 février la malade quitte l'hôpital, entièrement guérie.

OBSERVATION IV

Observation de Mac Dowell (1809). Relatée *in extenso* dans l'historique.

OBSERVATION V

Inédite. — Opération par M. Jaboulay.

M^{me} G..., âgée de 33 ans. Santé assez bonne, pas d'antécédents héréditaires. Réglée à 18 ans assez régulièrement. Aucune douleur abdominale, rien de particulier de ce côté jusqu'à l'année 1893. A ce moment, la malade s'aperçoit que son abdomen augmente de volume. Elle attribue cela à l'embonpoint, bien que, dit-elle, d'autre part elle maigrissait plutôt. Au mois de janvier 1893, séjour à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Durée cinq semaines. A cette époque aussi, vives douleurs abdominales, mal caractérisées, qui font songer quelque temps à une péritonite tuberculeuse.

Le reste de l'année est assez bon; le ventre grossissait cependant peu à peu. La malade s'aperçoit que ce développement se fait par des sortes de poussées successives douloureuses; pendant ces périodes aiguës l'augmentation est rapide.

Le 14 novembre 1893, sans aucune cause appréciable, la malade est prise de vives douleurs abdominales. Elle rentre à l'hôpital où on la reconnaît atteinte de péritonite aiguë. Vomissements, douleurs, qui ont persisté pendant trois semaines. Le ventre pendant cette période augmente très notablement de volume. Il devient excessivement distendu, jusqu'au creux épigastrique qui est lui-même soulevé. Toutes les fonctions subissent une gêne considérable. Intervention le 28 février 1894 par M. Jaboulay. Vaste kyste de l'ovaire, adhérent complètement au péritoine pariétal. Certaines adhérences sont friables et récentes, d'autres semblent beaucoup plus anciennes. Néanmoins l'opération s'achève sans accident. Premier pansement huit jours après. Jamais d'ascension de la température. Guérison au bout d'un mois. Fistule persistant pendant quatre mois par suite d'issue de la ligature interne faisant office de drain.

Guérison absolue et excellente santé au mois de décembre 1894.

OBSERVATION VI

Inédite. — M. Jaboulay

Femme B..., 41 ans. Entrée à l'Hôtel-Dieu le 4^{re} avril 1889. La malade raconte que son ventre a augmenté de volume depuis environ deux ans. Douleurs, gêne, sensation de pesanteur dans l'abdomen. La tumeur a été ponctionnée sept fois. La malade assure qu'elle présentait de l'œdème des jambes, puis plus tard de la vulve, qui disparaissait après chaque ponction, pour revenir un peu plus tard. De même quelques troubles de l'urination (diminution) quelques jours avant les époques où le volume croissant de la tumeur obligeait à pratiquer de nouvelles ponctions.

Le ventre présente actuellement un développement considérable plus prononcé à gauche. Il est un peu étalé. On a partout la sensation d'un épanchement considérable sous-jacent à la paroi, partout fluctuant, sauf au-dessus de l'arcade crurale gauche où l'on trouve une petite tumeur dure, bosselée.

Intervention le 5 avril. Kyste multiloculaire dont une poche surtout est très développée et très adhérente au péritoine pariétal.

Au mois de mai, la cicatrisation est achevée et l'état général de la malade notablement amélioré.

OBSERVATION VII

Inédite. — M. Jaboulay

Tumeur de l'ovaire grosse comme deux têtes d'adulte chez une femme de 32 ans.

Liquide rouge avec gelée tremblotante, un peu d'ascite. Greffe gélatiniforme sur le péritoine.

Adhérences péritonéo-pariétales et épiploïques.

Petit pédicule. Le liquide s'écoule difficilement à la pression.

Vaste incision de 25 centimètres.

Luxation de la tumeur en appuyant d'avant en arrière des lèvres de la plaie.

Légère poussée de température le lendemain de l'opération, (39,8) mais qui retombe en deux jours à la normale.

Guérison rapide.

OBSERVATION VIII

Inédite. — M. Jaboulay

Femme de Chalons-sur-Saône vue dans le cabinet du Dr Désir de Fortunet.

Tumeur colloïde énorme de l'ovaire droit. Périmètre abdominal 1,70.

Ascite enkystée, à droite, deux litres environ ; vaste tumeur remontant au-dessus de l'ombilic. Incision depuis ce point jusqu'au pubis.

Adhérences partout au péritoine pariétal et au péritoine viscéral.

Plusieurs poches contenant une matière visqueuse, blanchâtre, limpide ou épaisse, puriforme, à côté de masses solides.

Quatre pinces sur le pédicule qui est étalé. Mikulicz.

Guérison remarquablement rapide, avec restauration complète de l'état général très mauvais avant l'opération.

OBSERVATION IX

Inédite. — M. Jaboulay

Kyste de l'ovaire énorme ponctionné vingt-huit fois et opéré le 28 avril 1892.

Un peu d'ascite.

Beaucoup de liquide gélatiniforme dans le kyste.

Adhérence au grand épiploon et au péritoine au niveau des ponctions.

Pour décortiquer tout le kyste, il faut agrandir l'incision jusqu'à l'appendice xyphoïde. Deux grosses masses siègent dans les hypocondres.

Section et ligature des adhérences du grand épiploon. Pédicule qui contient des adhérences au côlon et à l'S iliaque; deux fils en chaîne; fixation au péritoine de ce pédicule.

Sutures simples.

Guérison sans complications.

OBSERVATION X

Inédite — M. Jaboulay

Jeune femme de 22 ans habitant à Saint-Rambert-l'Île-Barbe.
Kyste de l'ovaire énorme pris par des observateurs antérieurs pour une péritonite tuberculeuse.

Opération au mois d'avril 1893.

Poids de la malade avant l'opération 76 kilog. après l'opération 40 kilog.

Symphyse complète du kyste et du péritoine pariétal.

Guérison sans accidents.

Au mois de septembre de la même année la malade pesait 56 kilog.

OBSERVATION XI

Inédite. — M. Jaboulay

Femme de 42 ans. Kyste de l'ovaire énorme, adhérent partout au péritoine pariétal et à l'épiploon ; œdème des membres inférieurs ; suppuration ; péritonite enkystée.

Drainage par le pédicule extra-péritonéal.

OBSERVATION XII

Extraite du *Lyon Médical* 1891.

D^r Leriche, de Mâcon.

Kyste multiloculaire très volumineux chez une fille de 17 ans, ayant subi une ponction.

Opération. — Guérison parfaite le soixantième jour, malgré une suppuration prolongée, due à un milieu très septique.

L. COUTURIER.

OBSERVATION XIII

Lyon Médical 1891.

D^r Leriche, de Mâcon.

Kyste uniloculaire énorme. Deux ponctions antérieures dont l'une a donné 44 litres de liquide. Opération le 4 mai 1883.

Kyste entier adhérent aux parties environnantes, péritoine pariétal, intestins, épiploon.

Cicatrisation complète le quarante-huitième jour.

Restauration surprenante de l'état général.

OBSERVATION XIV

D^r Jentzer, de Genève. — Publiée dans les *Archives de tocologie*, 1889.

Kyste dermoïde de l'ovaire; deux fortes poussées de péritonite depuis 1872, date du début de la tumeur, jusqu'à l'opération pratiquée en 1885. Le volume était celui d'une femme à terme atteinte d'hydramnios.

A l'opération, à l'ouverture du kyste, quelques gouttes de liquide s'écoulaient dans le péritoine.

Malgré cela, on eut une guérison rapide par première intention.

OBSERVATION XV

Docteur Cristowitch, de Salonique. — Publiée dans les *Archives de tocologie*, 1893.

Deux kystes jumeaux ovariens et para-ovariens.

Ovariectomie double, guérison en quinze jours.

Circonférence ombilicale 4 m. 40. Une ponction antérieure avait donné 30 litres de liquide.

CONCLUSIONS

Les kystes à grand développement doivent être divisés en deux grandes classes.

Les uns intra-péritonéaux, pédiculés, adhérents surtout au péritoine pariétal, mais malgré cela généralement énucléables en totalité ;

Les autres intra-péritonéaux, sessiles, adhérent profondément aux viscères abdominaux et aux parois du bassin, justiciables surtout de la marsupialisation.

Les grands kystes intra-péritonéaux sont presque tous adhérents au péritoine pariétal par suite des nombreuses poussées de péritonite qui ont pu survenir. En conséquence de celles-ci, le péritoine chroniquement enflammé a subi un certain degré de sclérose qui a modifié ses propriétés d'absorption et sa susceptibilité, double condition qui explique la bénignité relative du pronostic opératoire de ces grands kystes.

La symphyse kysto-pariétale, souvent difficile à reconnaître, peut se diagnostiquer par la sensation d'une

poche fluctuante immédiatement sous-jacente à la paroi et donnant l'idée d'ascite, mais coexistant avec la saillie antérieure du ventre propre au kyste de l'ovaire et d'autres signes de kyste ovarique.

LE DOYEN,
LORTET

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
M. POLLOSSON

Permis d'imprimer
LE RECTEUR,
EM. CHARLES.

Lyon, le 16 février 1893.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHALME et COURTOIS-SUFFIT. — Du rôle des microbes dans l'étiologie et l'évolution des péritonites aiguës (*Gazette des hôpitaux*, 1890).
- ALBERT. — Diagnostik der chirurgischen krankheiten, 1887.
- AUGAGNEUR. — *Gazette des hôpitaux*, 1886.
- BARD. — *Précis d'anatomie pathologique*.
- CH. BERNARD. — De l'ovariotomie, 1836.
- BLOT. — *Gazette des hôpitaux*, 1870.
- BOINET. — Article du Dictionnaire encyclopédique.
Id. — *Gazette des hôpitaux*, 1858.
Id. — *Gazette des hôpitaux*, 1869.
- L. BOUVERET. — *Traité de l'empyème*, 1888.
- BOZEMAN. — *Medical Record*, 1882.
- BUTCHER. — *On ovariectomy etc.* (Dublin, 1865).
- C.-H. CARTER. — *Brit. med. Journal*, 1883.
- CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique générale, 1856.
- DANCE ET HUSSON. — Sur quelques engorgements inflammatoires qui se développent dans la fosse iliaque droite.
- DESGRANGES. — *Gazette des hôpitaux*, 1867.
- DOLBEAU. — *Gazette hebdomadaire*, 1860.
- DOBROKLONSKI. — *Arch. de méd. expérimentale*, 1890.
- DURET. — Mémoire Académie de chirurgie, 1740.
- DURET. — *Journal des sciences médicales de Lille*, 1890.
- FOLLIN et DUPLAY. — *Traité de pathologie externe*.

- GALLEZ (Louis). — Histoire des kystes de l'ovaire (Bruxelles, 1873).
- GALLEZ (Léon) — Diagnostic des tumeurs du ventre (Paris, 1890).
- GONNER (Alfred). — Ein Beitrag für chemische Diagnose der Ovarial Flüssigkeiten (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1884).
- GOODELL (W.). — *Americ. Journal of obstetrics*, 1888.
- GROEVITZ. — Travail expérimental et statistique sur la péritonite (*Annales de la Charité*, 1886).
- GUÉNEAU DE MUSSY. — *Clinique médicale*.
- GUTTMANN. — *Berlin. klin. Woch.*, 1888.
- HAMMERSTEN. — *Zeitschreibung für physiol. Chemie.*, 1881.
- HANOT. — Congrès de la tuberculose (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1888, p. 425).
- HÉMEY. — Péritonite tuberculeuse (th. Paris, 1866).
- JACCOUD. — Traité de pathologie interne.
- JENTZER. — *Arch. de tocologie*, 1889.
- JOSLIN. — Adventitions fibroïd. sac in abdomen, etc. (in *Amer. Journal of med. sc.*, 1842).
- KOEBERLE. — *Dictionnaire de médecine*.
- LISFRANC. — De l'hydropisie ascite. (*Gaz. des hôpitaux*, 1842).
- LUCAS CHAMPIONNIÈRE. — *Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie de Paris*, 1892, p. 376).
- LUCKE ET KLEBS. — Beitrag zur Ovariot. In *Virchows Arch.*, t. XII).
- MAGENDIE. — Leçons sur les phénomènes physiques de la vie.
- MARTIN. — *Berlin. Klinischer Wochenschr.* 1872.
- MÉHU. — Etude sur les liquides pathologiques de la cavité péritonéale. (*Arch. de méd.*, 1877).
- MORGAGNI. — Lettre trente-huitième.
- NÉLATON. — Leçons orales de l'hôpital des cliniques.
- OSLER. (W). — *Diagnosis of abdominal tumors*.
- POZZI (S). — *Traité de gynécologie*.
- QUÉNU. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1888.
- RACLE. — Précis de diagnostic médical.
- REEVES JACKSON. — *Détroit Lancet*, 1880.
- RODENSTEIN. — *Americ. journal of obstetrics*, 1879.

- SALZER. — Zùr Diagn. des Pancréas Cyste. (*Prager Zeitschreib. für Heilk.*, 1886).
- SCANZONI. — Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme.
- SCHORKOPFF (Th). — Dissert. medic. inauguralis de hydrope ovarii 1685.
- RCHWARTZ. — *Semaine médicale*, 1892. — Kyste du Pancréas.
- SEGOND (P). — *Traité de chirurgie*.
- TARGIONI-TOZZETI. — Descrizione d'un tumore folliculato vastissimo nel ovario sinistro, 1752.
- TERRIER. — Séries d'ovariotomies.
- TERRILLON. — (*Arch. tocologie*, 1888).
- TRIPPIER. (R). — *Lyon Médical*, 1885.
- VAN-SYIETEN, — *Comment. in Boerhaave*, 1770.
- VILLIUS. — Specimen medicum sistens stupendum tumorem. 1731.
- ZUKOWSKI. — Grosse kyste des Pancréas, 1882.
- ZWEIFEL. — Soc. obstétricale de Leipsig; 1887.
-

